

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1898-1899. — N° 146

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

QUELQUES MANIFESTATIONS MENTALES

de la Syphilis secondaire

(LES SYPHILOPSYCHOSES)

« Si la syphilis n'existait pas, beaucoup de ces
atténations, de ces tabes, de ces tares nerveuses
qui aboutissent à la déchéance de la race humaine,
n'auraient jamais été produites. »

BARTHÉLEMY (Étude d'hygiène sociale.)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 30 juin 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. Georges JACQUIN,

Né à Saint-Dizier (Haute-Marne), le 23 décembre 1873.

EX-INTERNE-SUPPLÉANT DES HÔPITAUX DE LYON,

INTERNE A L'ASILE DÉPARTEMENTAL DU RHÔNE ET A LA CLINIQUE DES MALADIES MENTALES.

(Lauréat du Concours, décembre 1897.)



LYON

IMPRIMERIE L. BOURGEON

Rue des Marronniers, 7

—
1899

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1898-1899. — N° 146

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
QUELQUES MANIFESTATIONS MENTALES
de la Syphilis secondaire
(LES SYPHILOPSYCHOSES)

« Si la syphilis n'existait pas, beaucoup de ces
aliénations, de ces tabes, de ces tares nerveuses
qui aboutissent à la déchéance de la race humaine,
n'auraient jamais été produites. »

BARTHELEMY (Etude d'hygiène sociale.)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 30 juin 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

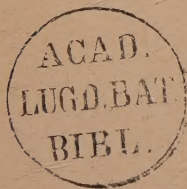
M. Georges JACQUIN,

Né à Saint-Dizier (Haute-Marne), le 23 décembre 1873.

EX-INTERNE-SUPPLÉANT DES HÔPITAUX DE LYON,

INTERNE A L'ASILE DÉPARTEMENTAL DU RHÔNE ET A LA CLINIQUE DES MALADIES MENTALES.

(Lauréat du Concours, décembre 1897.)



LYON

IMPRIMERIE L. BOURGEON

Rue des Marronniers, 7

—
1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

M. LORTET DOYEN.
M. LACASSAGNE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE. BONDET. OLLIER. PONCET. FOCHIER. GAYET. GAILLETON. PIERRET. MONOYER. HUGOUNENQ CAZENEUVE. FLORENCE. LORTET. TESTUT. RENAUT. MORAT. TEISSIER. AUGAGNEUR. MAYET. TRIPIER. POLLOSSON (M.) ARLOING. LACASSAGNE. BARD. SOULIER. CROLAS.
Cliniques chirurgicales	{	
Clinique obstétricale et Accouchements		
Clinique ophtalmologique		
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		
Clinique des maladies mentales		
Physique médicale		
Chimie médicale et pharmaceutique		
Chimie organique et Toxicologie		
Matière médicale et Botanique		
Zoologie et Anatomie comparée		
Anatomie		
Anatomie générale et Histologie		
Physiologie		
Pathologie interne		
Pathologie externe		
Pathologie et Thérapeutique générales		
Anatomie pathologique		
Médecine opératoire		
Médecine expérimentale et comparée		
Médecine légale		
Hygiène		
Thérapeutique		
Pharmacie		

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL,	agré
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.	—
Accouchements	POLLOSSON (A.)	—
Botanique	BEAUVISAGE.	—

AGRÉGÉS

BEAUVISAGE.	ROLLET	DURAND.	PAVIOT.
CONDAMIN.	ROUX.	DOYON.	NOVÉ-JOSSERAND.
COURMONT.	COLLET.	BARRAL.	BERARD.
DEVIC.	BOYER.	MOREAU.	BORDIER.
POLLOSSON (A.).	VALLAS.	PIC.	SAMBUC.
ROCHET.	SIRAUD.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PIERRET, Président ; M. WEILL, Assesseur ;

MM. BOYER et NOVÉ-JOSSERAND, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

Nous devons tout d'abord adresser un souvenir aussi ému que reconnaissant, à celui qu'une mort imprévue nous a ravi trop tôt, et ne pouvant lui offrir ce travail qui termine nos études médicales, nous voulons du moins que cet hommage à notre père, auquel nous associons notre chère mère, lui arrive par delà la tombe.

Comment nous acquitter envers M. le professeur Pierret de tout ce dont nous lui sommes redevable à plus d'un titre, pour l'accueil qu'il nous a fait soit à son foyer, soit dans son service. Depuis que nous avons l'honneur d'être son interne, il nous a guidé avec une bienveillance et un intérêt tout particuliers dans l'étude des maladies nerveuses et mentales, et c'est à lui qu'appartient l'idée de notre thèse. Nous avons puisé sans compter dans son remarquable enseignement, et si notre travail a quelque valeur c'est à ce maître qu'en revient tout le mérite. Qu'il daigne en agréer l'hommage et qu'il reçoive ici l'assurance de tous les sentiments de reconnaissance et de dévouement dont notre cœur est rempli et que nous voudrions lui exprimer mieux encore.

A tous nos maîtres dans les hôpitaux nous devons un témoignage de gratitude et en particulier à M. le professeur Bard, à MM. les agrégés Weill, Auguste Pollosson, Nové-Josserand, pour la bienveillante sympathie qu'ils nous ont prodiguée durant nos années d'externat.

Que M. Taty, chef des travaux de clinique mentale, qui a largement contribué à l'édification de notre thèse et ne nous a ménagé ni son temps, ni ses conseils, reçoive ici l'assurance d'une inaltérable amitié.

Nous remercions M. Lannois, médecin des hôpitaux, et M. Devay, médecin à l'asile de Saint-Jean-de-Dieu, des renseignements et observations qu'ils nous ont si gracieusement communiqués.

Nous adressons enfin à tous ceux qui nous ont ouvert leur cœur, l'expression de notre profonde reconnaissance et à nos collègues d'internat le témoignage de notre vive sympathie.

INTRODUCTION.

« Il y a un proverbe qui dit que toute branche détachée du tronc est destinée à périr ; cela est vrai pour la médecine mentale, elle a besoin de se rattacher au tronc de la médecine générale sous peine de ne pas vivre. » Ainsi s'exprime Lasègue et c'est aussi l'idée dominante de l'enseignement psychiatrique de notre Maître, M. le professeur Pierret, dont la bienveillante direction nous a fait voir de près les conséquences pratiquement fécondes de cette conception.

Entre bien des applications de ce principe, nous avons été plus particulièrement frappé des résultats obtenus dans certains cas de troubles mentaux par le traitement antisypilitique et c'est la constatation de ces résultats qui a inspiré notre travail.

Dans les antécédents des malades qui entrent dans les asiles, on relève très fréquemment une syphilis antérieure. Il s'agit, la plupart du temps, d'accidents remontant à une époque éloignée et l'examen, à l'entrée, ne permet pas de constater de lésions indéniablement imputables à l'infection.

Quelques-uns de ces malades guérissent, d'autres présentent l'évolution d'une affection mentale chro-

nique, d'autres enfin prennent rang parmi les paralytiques généraux. Ces cas ont inspiré déjà de nombreuses recherches et ont fait l'objet d'importants travaux sur la question de la pseudo-paralysie générale syphilitique et sur la valeur pathogénique de la syphilis dans la production de la paralysie générale vraie.

A côté de ces malades à la période ultime de la diathèse, sur l'état desquels le traitement spécifique n'a qu'une prise inégale et trop souvent impuissante, il en est tout un groupe d'autres qui entrent dans les asiles, venant tantôt de leur famille, tantôt d'un hôpital spécial, et chez lesquels on constate, en même temps que des troubles mentaux tels qu'un accès d'agitation maniaque ou un état de dépression mélancolique confinant plus ou moins à la stupeur, l'évolution d'une syphilis de date récente, à la période primaire ou secondaire.

Chez ces sujets, l'application rationnelle du traitement pendant leur séjour à l'asile est presque toujours suivie de succès et la guérison paraît être la règle ; chez quelques-uns d'entre eux, il se produit des rechutes qui nécessitent un nouvel internement, suivi encore de retour à la santé physique et mentale ; chez d'autres, la maladie mentale évolue d'une façon chronique, pour se terminer par une démence à marche généralement lente ; chez d'autres enfin, la mort arrive par méningo-encéphalite aiguë ou chronique.

La constatation évidente et facile de pareils faits, soulève des problèmes théoriques et pratiques d'un haut intérêt, dont l'un est le rôle pathogénique de la syphilis dans la production de la folie et l'autre le

traitement à diriger contre ces manifestations spéciales de l'infection.

Ces mêmes problèmes se présentent à propos des sujets du premier groupe, mais chez ceux du dernier, ils sont moins complexes, car il s'agit de troubles aigus dans lesquels le rôle des divers facteurs est plus aisé à discuter.

Nous laisserons donc de côté les cas de troubles mentaux plus ou moins liés à une syphilis ancienne, pour nous en tenir ici aux cas d'aliénation mentale, accompagnant une syphilis en pleine évolution et postérieurs à l'apparition de l'accident primitif.

Pour tenter, dans la mesure de nos forces et de nos moyens d'étude, de rechercher la solution de ces deux problèmes, nous exposerons d'abord les opinions des auteurs sur ce que Fournier a appelé la folie syphilitique, et Spillmann la folie parasyphilitique ; puis nous rapporterons les plus caractéristiques des faits déjà connus, en y ajoutant ceux qu'il nous a été donné d'observer dans le service de M. le professeur Pierret.

De tout cet ensemble, nous essayerons de tirer des conclusions pathogéniques, symptomatiques et thérapeutiques, heureux si notre travail contribue à élucider l'un des côtés de l'importante question des folies d'origine infectieuse.

CHAPITRE PREMIER.

HISTORIQUE.

Si Lasègue, en 1861, considérait l'aliénation mentale syphilitique « comme conjecturale, possible, présumable et rien de plus » on ne peut, aujourd'hui, la regarder comme un simple appendice à l'histoire de la syphilis. Et pourtant, si nous voulions faire purement et simplement l'historique de la question nous aurions peu de choses à dire; nous nous bornerions à constater que cette affection a été décrite pour la première fois en France par Fournier (1) et qu'il faut aller jusqu'en 1894 pour trouver un travail d'ensemble sur ce sujet. Nous voulons parler de la thèse d'Hagelstein (2) faite sous l'inspiration de M. le professeur Spillmann. C'est un travail intéressant par ce fait que l'auteur rapporte l'opinion des neurologistes et aliénistes qu'il a consultés à ce sujet: MM. Joffroy, P. Marie, Raymond,

(1) FOURNIER. De la syphilis du cerveau, 1879.

(2) HAGELSTEIN. De la folie parasyphilitique. Thèse de Nancy, 1894.

Régis, Séglas, Weill, etc. — Aussi lui ferons-nous de fréquents emprunts.

Comme on le voit notre tâche serait courte et l'historique serait bientôt fait.

Cependant avant d'arriver à donner à la folie syphilitique, droit de cité dans la pathologie officielle, on a dû préalablement constater d'une manière générale qu'il y avait des relations entre certains troubles mentaux et l'infection vénérienne. Il nous a paru intéressant de suivre les progrès accomplis et de rechercher de quelle façon les auteurs qui ont mentionné les rapports existant entre les manifestations psychiques morbides et la syphilis avaient envisagé la corrélation dans laquelle se trouvent ces affections, les unes vis-à-vis de l'autre.

Nous passerons donc rapidement en revue les opinions qui ont régné sur ce sujet à diverses époques.

Nicolas Massa, en 1532, dans son livre « De Morbo Gallico » rapporte un exemple de manie syphilitique.

En 1740, Astruc attribue à l'action de la syphilis le dérangement et l'affaiblissement de toutes les facultés, mais il ne cite aucun fait à l'appui de l'opinion qu'il avance.

En 1777, parmi les phénomènes graves que Sanchez accuse la syphilis de produire, on trouve la manie.

En 1802, on trouve dans Benjamin Bell des observations sur l'épilepsie et la manie syphilitique. C'est le premier des syphilographes qui émet ses opinions de faits cliniques de quelque valeur.

Georget (1), le premier aliéniste qui traite de la

(1) De la Folie, 1820, p. 171.

question, ne donne à la syphilis dans la production de la folie qu'un rôle moral.

Lagneau père (1), la même année, en 1820, reconnaît qu'un grand nombre d'affections nerveuses sont causées par l'infection vénérienne; il pense que les troubles mentaux se rencontrent quelquefois dans la syphilis; les formes qu'il aurait le plus souvent rencontrées seraient: la mélancolie, la manie, la démence, l'idiotie.

Quelques syphilographes, parmi lesquels nous pouvons nommer Hunter et Astley Cooper, nient absolument l'action de la syphilis. Il y a des tissus, disent-ils, qui ne paraissent pas susceptibles d'être altérés par l'influence du virus; d'après ces auteurs le cerveau jouirait d'une immunité complète.

En 1834, Lallemand, Baumès en 1840, à leur suite Rayer, Vidal de Cassis, Ricord pensent à l'action du poison syphilitique sur le système nerveux central. Ce dernier (2) cite une observation de troubles mentaux chez un syphilitique, troubles qui disparurent par un traitement spécifique. Cette observation est intéressante parce que le malade meurt du choléra et qu'à l'autopsie on ne trouve pas de lésion.

Nous passerons sous silence les « non virulistes » à l'école desquels appartenaient Richoud des Brus, Desruelles, Jourdan, qui niaient d'une façon absolue la plupart des accidents attribués au virus syphilitique.

(1) *Traité pratique des Maladies vénériennes*, t. II, p. 326.

(2) *Clinique iconographique*, 1851.

Bedel, dans sa thèse, en 1850 (1), rapporte qu'il y a certains cas où l'on ne pourrait constater de lésions appréciables dans le cerveau; ce seraient là des névroses syphilitiques.

La même année, Schutzenberger (2) croit à la réalité de l'aliénation mentale syphilitique, mais la considère comme très rare.

Esquirol et Ferras rapportent quelques exemples de folie causée par la vérole.

En 1854 paraît le mémoire d'Yvaren (3); ce travail quoique fort long, ne contient qu'un cas de folie syphilitique, et encore les troubles intellectuels que l'on rencontre seraient dus, d'après cet auteur, à l'état de l'âme où se trouvent les victimes de l'infection vénérienne, aux angoisses inexprimables et aux profondes et incessantes tortures morales auxquelles sont livrés les sujets vérolés.

Puis paraissent à l'étranger une série d'ouvrages, de publications : Read (4), Griesinger (5), Duncan (6), Esmarch et Jessen (7), dans lesquels on trouve quelques études sérieuses sur le rôle de la syphilis sur l'aliénation mentale et l'action favorable du traitement mercuriel.

(1) De la syphilis cérébrale. Thèse de Strasbourg, 1851.

(2) *Gazette médicale de Strasbourg*, 20 mars 1850.

(3) Des métamorphoses de la syphilis, 1854.

(4) *The Dublin quaterly Journal*, 1852.

(5) *Archiv. der Heilkunde*, 1863.

(6) Cases of syphilitic insanity and epilepsy. (*The Dublin quat. Journal*), 1863.

(7) Syphilis und Geistesstorungen. *Allg. Zeit. f. Ps.*, Bd. XIV 1857.

En 1859, Dagonet et son élève Hildenbrand (1), pensent que la syphilis peut créer des psychoses soit par lésions organiques du cerveau, soit par altération du sang et anémie consécutive.

Gibert, puis Trousseau et Pidoux (2), donnent des exemples de névroses syphilitiques.

Gros et Lancereaux, en 1861 (3), constatent l'existence de troubles mentaux sans lésions organiques et amendés par les antisiphilitiques ; mais Zambaco (4) la met en doute.

En 1865, Griesinger (5) reconnaît qu'il existe un groupe de maladies cérébrales survenues sous l'influence de la syphilis avec troubles psychiques prédominants ; sans lésions anatomiques appréciables et dont les formes mentales sont très variées.

Marcé (6) croit pouvoir affirmer que la syphilis est quelquefois cause de folie : « Encore faut-il tenir compte, dit-il, de circonstances accessoires telles que les excès vénériens, les abus alcooliques qui ont souvent leur part d'influence dans la production de la maladie mentale. Il est indispensable, pour que cette étiologie puisse être admise avec quelque certitude, que la folie ait guéri sous l'influence d'un traitement anti-syphilitique. »

(1) De la Syphilis dans ses rapports avec l'Aliénation mentale. Th. de Strasbourg, 1859.

(2) Traité de Thérapeutique, 1858.

(3) Des Affections nerveuses syphilitiques. Paris 1860.

(4) Des Affections nerveuses syph. Paris 1862.

(5) Discours à l'ouverture de la clinique de psychiatrie de Zurich, 1865 (trad. par FABERT).

(6) De la Folie, p. 147.

Leidesdorf (1), Williams (2), H. Grainger Stewart (3) mentionnent quelques cas de folie syphilitique, mais associés avec des troubles moteurs.

David Skae, en 1873, signale la dépression intellectuelle et l'hypochondrie.

Wille (4), étudiant la syphilis constitutionnelle dans ses rapports avec les psychoses, dit que l'aliénation mentale syphilitique aiguë peut se présenter sous toutes les formes, peut éclater aussitôt après l'infection, parfois se présente sous la forme de manie, de mélancolie, de délire aigu, mais assez rarement; car le plus souvent le début serait insidieux, la marche chronique.

Linstow (5) conclut que la démence paralytique et la folie syphilitique sont deux maladies entièrement distinctes, car, la première finit toujours par la mort après peu d'années, tandis que la seconde est parfaitement curable.

En 1873-1874, Francis Codell, Battÿ Tuke (6) et Hayes Newington publient des observations de folie dépendant de la syphilis; il résulte des recherches du dernier (7) que la maladie mentale aiguë peut se manifester en même temps que la phase éruptive ou même la suivre, mais cette forme rare aurait besoin pour se produire d'une grande vulnérabilité du cerveau.

(1) *Medizinische Jahrbücher*, 1864.

(2) *Journal of mental science*, 1869.

(3) Syphilitic insanity (*The british medical Journal*, 1870).

(4) Société des aliénistes suisses, 25 août 1871.

(5) *Arch. für Psych.* 1873, analysé dans *Ann. Méd. Psych.*, XIV, 1875.

(6) *The Journal of mental science*, vol. XIX, p. 560.

(7) *The Journal of mental science*, vol. XX, p. 352.

Erlenmeyer en 1877 (1), Pirrochi en 1878 (2) décrivent quelques formes de psychoses syphilitiques.

Comme on le voit par les considérations historiques qui précèdent, la question de la folie syphilitique jusqu'à cette date était loin d'être résolue, et les travaux les plus intéressants entrepris sur la question nous viennent de l'étranger.

Si nous nous sommes arrêté après cette première étape parcourue dans la littérature médicale, c'est pour bien montrer que Fournier est le premier en France, en 1879, qui ose tracer un tableau d'ensemble de la folie syphilitique.

« Cette dénomination, dit-il (3), a été très vivement attaquée ; elle est fortement tenue en suspicion, si ce n'est reniée par la plupart de nos classiques, et presque invariablement mon opinion n'est admise qu'au titre d'une hypothèse possible, rationnelle, tolérable à la rigueur, mais singulièrement aventureuse et fortement entachée d'hérésie. »

Nous ne donnerons pas ici une analyse de ce travail, car nous aurons souvent à en citer l'auteur.

En 1880, Chauvet (4) paraît plutôt hostile aux idées de Fournier et ne reconnaît que des rapports très indirects entre certaines manifestations vésaniques et

(1) Die luëtischen Psychosen, 1877.

(2) *Giornale italiano del. mal. nervose*, 1878.

(3) Syphilis du cerveau. Paris 1879, p. 296.

(4) Influence de la syphilis sur les affections du syst. nerveux central. Thèse d'agrégation. Paris, 1880.

les lésions syphilitiques. Il ne fait du reste que refléter les idées de Mauriac (1).

Kiernan (2) cite quelques cas de psychoses de la fièvre syphilitique secondaire.

Drysdale (3) de Londres, pense que la folie syphilitique n'est pas aussi fréquente que l'ont dit certains auteurs, mais pourtant qu'on peut la trouver quelquefois.

Ripping de Düren (4) s'inscrit en faux contre tout ce que l'observation a produit jusqu'ici sur les phréno-pathies syphilitiques.

Lagardelle (5) nie l'existence de la folie syphilitique simple.

Luys (6) conclut qu'on ne peut rien dire de précis dans cette question des rapports de la syphilis et de la folie.

Voisin (7), au contraire, sous le titre de folie par intoxication syphilitique admet que la syphilis secondaire peut être accompagnée de délire.

Véronèse de Vienne (8), Hurd (9) arrivent aux mêmes conclusions.

Schüle (10) n'admet que les troubles mentaux associés à des troubles moteurs. Hertz (11) pose la question sans la résoudre.

(1) Affections syphilitiques précoces des centres nerveux. *Ann. de dermatologie et de syphil.*, 1879-1880.

(2) *J. of nervous and mental diseases*, juillet 1880.

(3) *British medic. Associat.*, 1880.

(4) *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 1880.

(5) *Gaz. hebdomadaire des Sc. M. de Bordeaux*, 1880, n° 3.

(6) *Maladies mentales*, 1881, p. 257.

(7) *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, 1883, p. 95.

(8) *Wiener Klinik*, 1883.

(9) *American J. of insanity*, juillet 1886.

(10) *Traité des maladies mentales*, 1883, traduit par DAGONET.

(11) Société de Psychiatrie de la province du Rhin, 1885, 13 juin.

En 1887, au congrès de Washington, Savage, Brush, etc., voulaient rayer de la pathologie le terme de « folie syphilitique »; le docteur Parant, de Toulouse (1), dit qu'il convient d'insister sur ce fait que la folie simple peut se développer chez des syphilitiques, sans que les centres nerveux aient subi la moindre altération.

Spillmann (2), en 1892, dans une leçon sur la folie syphilitique, insiste sur l'influence de l'intoxication spécifique.

La manie ou pour mieux dire un état maniaque serait plus fréquent à la période secondaire, dit Sollier (3).

Régis (4) consacre plusieurs pages à l'étude de la « folie de la syphilis ». Nous aurons à y revenir.

En 1893, Mairét, dans un travail intitulé « aliénation mentale syphilitique », se refuse à admettre que la vérole donne naissance à la folie simple; ou il s'agit d'une coïncidence, ou de la conséquence des tourments et craintes causés au malade par la maladie qu'il a contractée.

C'est en 1894 qu'Hagelstein, dans un travail déjà cité, étudie la folie parasyphilitique. Sa thèse nous permettra de rapporter ici les opinions qu'il a demandées lui-même par lettre à divers neurologistes ou aliénistes.

« Il n'y a pas de psychoses syphilitiques, pas plus que de paralysie générale syphilitique, écrit le professeur Joffroy; cela ne veut pas dire que la syphilis ne joue aucun rôle dans l'étiologie et n'exerce aucune

(1) Syphilis et Folie. *Ann. Méd. Psych.*, 1888, T. II, p. 411.

(2) Cité par HAGESLSTEIN, loc. cit.

(3) Guide pratique des Maladies mentales, 1893, p. 140.

(4) Manuel de Médecine mentale, 1892, p. 400.

influence sur l'état mental, mais cela signifie que l'affection mentale qui survient chez un syphilitique n'est pas de nature spécifique. »

Pour M. Marie la syphilis, chez un dégénéré, peut produire comme toutes les secousses physiques et morales, l'apparition d'une psychose.

« Quand un syphilitique, dit le professeur Raymond, se met à délirer d'une façon chronique, on a affaire à un substratum anatomique défini : méningite, artérite, altération de la névroglie. »

M. Ségla dit qu'il est possible d'attribuer un rôle important, bien qu'indirect, à la syphilis, les troubles mentaux de par l'aspect clinique pouvant éveiller l'idée d'une auto-intoxication résultant d'une lésion du foie, du rein, etc.

Pourquoi au moment de l'infection, fait remarquer le docteur Parant, de Toulouse, à la période du chancre et de la roséole, quand existent la fièvre, les troubles nutritifs et la cachexie, pourquoi dans ces conditions, le cerveau ne pourrait-il pas subir l'influence du mal et se troubler assez pour qu'il en résultât des signes de maladies mentales ?

Pour Dana, de New-York, il y a une folie syphilitique dans laquelle entrent deux éléments : prédisposition et poison syphilitique.

Dans certains cas, la syphilis peut agir par ses propriétés infectieuses, par ses toxines ; on aurait alors affaire aux syndromes qui accompagnent les infections et les intoxications ; telle est l'opinion de M. Cullerre, de la Roche-sur-Yon. MM. Toulouse et Delaporte, de Rouen, s'expriment en termes à peu près semblables.

« La folie syphilitique est évidente, dit M. Barthélemy ; la syphilis peut troubler la nutrition du cerveau non pas d'une façon irrémédiable, mais d'une façon passagère et curable. »

M. Régis distingue les cas où la syphilis n'est que l'agent provocateur, sur un terrain prédisposé, d'une poussée vésanique, et les cas où elle crée de toutes pièces la vésanie, autant du moins qu'une cause occasionnelle peut créer la folie de toutes pièces en dehors de toute prédisposition antérieure. Dans ce cas, la syphilis ne peut agir que comme infection ou intoxication, c'est-à-dire indépendamment de toutes lésions organiques artérielles ou parenchymateuses, sous peine de n'être plus folie syphilitique pure.

Reste l'opinion d'un de nos anciens Maîtres, M. le docteur Weill, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon : « On comprend, dit-il, qu'une maladie infectieuse chronique comme la syphilis soit susceptible à son tour par le mécanisme de l'infection ou de l'intoxication de créer une folie spéciale, mais cette folie ne peut être acceptée que sous certaines garanties, elle doit se produire dans les périodes les plus virulentes de la syphilis, subir des variations, etc. ».

On pourrait croire qu'après le consciencieux travail d'Hagelstein, la folie syphilitique ou parasyphilitique ait trouvé de ce fait un accueil plus favorable près des cliniciens, et pourtant quelques mois plus tard, M. Magnan (1) reproche à ceux qui admettent ces

(1) Délire systématisé dans les psychoses. — *Arch. de Neurol.*, 1894, XXVIII, p. 275.

descriptions « qu'une saine clinique repousse, de n'envisager qu'un côté de la question et de n'avoir pas toujours l'occasion de contrôler, par l'étude comparative des faits, toutes ces données théoriques ».

Klippel (1), toutefois, fait remarquer que la syphilis peut présenter du délire au nombre de ses symptômes; Kowalewsky (Charkoff) (2) publie une excellente revue générale avec historique très complet sur les troubles mentaux dans la syphilis; les observations y sont malheureusement trop rares et l'auteur passe rapidement, trop peut-être, sur les psychoses, pour aborder la question de la paralysie générale.

Mickle (3) parle de l'excitation maniaque plus ou moins aiguë se rencontrant à la période secondaire de la syphilis; l'altération mentale serait due, selon lui, à l'intoxication par les produits syphilitiques.

M. Postowski (4) n'admet que les psychoses syphilitiques dues à des affections organiques ayant pour base des lésions méningo-cérébrales.

M. Toulouse (5) constate cependant qu'on est un peu plus documenté sur l'influence de la syphilis acquise. Krafft Ebing (6) parle très brièvement, du reste, des psychoses produites par la discrasie syphilitique, qu'il fait tributaires de la chlorose spécifique.

(1) DEBOVE et ACHARD. Manuel de médecine, 1894, t. IV, p. 507.

(2) *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, t. L, p. 40, 1894.

(3) On syphilis of the nervous system (Brain, 1895).

(4) Société de Neurol. et de Psych. de Moscou, 24 déc. 1895.

(5) Causes de la Folie, 1896.

(6) Traité de psychiatrie (traduit par LAURENT), 1897, p. 222.

C'est à dessein que nous avons réservé pour en parler à la fin de notre historique, les travaux de l'école lyonnaise. On sait l'impulsion que M. le professeur Pierret a donnée, soit dans son enseignement, soit dans les travaux publiés par lui ou par ses élèves (1), à la connaissance des infections comme des intoxications dans la genèse des psychoses. La syphilis fait l'objet de plusieurs publications, notamment la thèse de Julliard, 1879, sur les lésions médullaires dans la syphilis.

M. Belous, dans sa thèse (2), dit que la syphilis peut, elle aussi, porter sur les centres nerveux toute son action nocive, c'est-à-dire, qu'elle peut, dans ces centres, donner naissance à des accidents aigus et à des accidents tempérés qui peuvent amener en fin de compte la sclérose. Enfin plus récemment, M. Devay (3), alors chef de clinique des maladies mentales, publie un travail sur la mélancolie chez les syphilitiques, travail basé sur quatre observations; il conclut que la mélancolie anxieuse, pouvant être infectieuse, comme l'ont montré M. le professeur Pierret et son élève Paret (4), cette mélancolie syphilitique est de même nature, que sa connaissance est utile, car le traitement syphilitique précoce peut être suivi de guérison, surtout quand les troubles mentaux sont contempo-

(1) Voir thèse d'AUDEMARD. Les typhopsychoses, p. 13. Thèse de Lyon, 1898.

(2) Maladies infectieuses des centres nerveux. Thèse de Lyon, 1888.

(3) Congrès de Bordeaux, 1895, p. 359.

(4) Mélancolie avec stupeur post-grippale. *Lyon-Médical*, 9 octobre 1892.

rains de la poussée secondaire. Nous signalerons pour terminer notre étude historique, un travail du même auteur (1) où il insiste sur les bons effets du traitement par les injections de calomel.

En résumé, la majorité des auteurs en face des faits indéniables de délires ou de troubles mentaux de diverses formes accompagnant l'évolution de la syphilis à ses deux premières périodes, ont dû admettre entre la psychose et l'infection une relation de cause à effet. Si, pour quelques-uns d'entre eux, cette relation est d'ordre moral seulement, pour les autres, et surtout pour l'école moderne, le délire est le produit direct de l'action toxique sur le système nerveux central.

Il est particulièrement intéressant de constater que ce sont surtout les syphiligraphes qui ont été les plus affirmatifs.

A cette revue d'opinions nous ajouterons une revue de faits auxquels nous joindrons ceux que nos études dans le service de M. le professeur Pierret, nous ont permis d'observer.

(1) Rapport médical pour l'année 1893. *Echo Médical de Lyon*, 15 avril 1899.

CHAPITRE II.

OBSERVATIONS.

Un premier groupe de sept observations dues à Esmarch et Jessen, Hildenbrand, Berthier, Fournier, Hagelstein, nous montrent des malades atteints de troubles mentaux évoluant parallèlement à une syphilis récente, et la plupart du temps en pleine activité infectieuse au moment du trouble mental. Dans tous ces faits le traitement spécifique est institué et la guérison, ou au moins une amélioration très sérieuse, s'ensuit toujours.

L'observation du D^r Barthélemy est particulièrement curieuse parce que la malade a été internée pendant deux ans sans traitement spécifique et qu'elle a guéri de ses troubles mentaux, grâce au traitement institué après ce long délai.

OBSERVATION I.

(ESMARCH et JESSEN. *Allg. Zeit. f. Ps.*, Bd. XVI, 1857.)

C....., domestique, 48 ans, hérédité nulle, a eu un chancre. Prodromes. Excitation continuelle qui va en augmentant, idées de grandeur avec délire et manie.

19 juillet 1852. *Manie* jusqu'à la fureur la plus extrême, en même temps apparaissent des *syphilides* sur le corps ; troubles de l'estomac, Vomissements, somnolence continue. Novembre : excitation plus grande. Décembre : *traitement* par KI. Janvier : *sublimé*, salivation. Février, KI ; l'agitation diminue, l'état mental s'amende. Le malade sort en avril *très amélioré*.

OBSERVATION II.

(ESMARCH et JESSEN. *Ibid.*)

X....., avocat, 41 ans. Hérédité nulle. Entre à Hornheim en janvier 1853. *Syphilis évidente*. Depuis plusieurs mois est *mélancolique*. En janvier 1854, aboulie, puis le malade devient remuant, causeur. En mai, *excitation* telle qu'on emploie la camisole ; insomnie, affaiblissement de l'intelligence, violences. A ce moment, ulcère de nature syphilitique avec deux pustules. Traitement : *sublimé* en solution et KI. L'ulcère se cicatrise et l'aliénation mentale marche vers la guérison.

En août, poussée d'herpès zoster, en septembre, guérison complète. En 1855, l'été suivant, réapparition de la *manie* avec pharyngite ; traitement spécifique, *guérison*, sortie.

OBSERVATION III.

(HILDENBRAND. Thèse de Strasbourg, 1859.)

H....., 26 ans, graveur, entre à Stephansfeld le 21 janvier 1857; treize mois après, début de sa folie, *éruption rubéolique* sur la face, *roséole*, éruption pustuleuse sur le dos, l'abdomen, les cuisses. Cicatrice de chancre sur le prépuce. *Physionomie avec degré de stupeur, regard éteint, incohérence des idées*; mémoire paraît conservée (?), déchire ses habits, commet des extravagances. *Traitement* : KI, 6 grammes par jour pendant 2 mois; l'état mental s'améliore ainsi que les accidents spécifiques, sort *guéri* en septembre 1858.

OBSERVATION IV.

(Du même auteur.)

X....., fille publique, entre à Stephansfeld le 24 décembre 1858. Syphilis de date inconnue. A l'entrée *éruption spécifique* sur tout le corps. Céphalée, insomnie. Agitation, pleure, gémit, état de *prostration extrême*. Hallucination de l'ouïe, entend la voix de Dieu. *Traitement* : 0,05 centigr. de protoiodure de *mercure*, KI, 1 gramme.

Amélioration le 5 février 1859. Sommeil revenu. Le 11 février, état mental amélioré, la malade sort *guérie*.

OBSERVATION V.

(O. BERTHIER. *Gaz des Hop.*, juillet 1868.)

R....., 27 ans. Rien dans les antécédents. *Syphilis* en février 1867. Un mois après, à la suite d'une querelle avec un ami, il est pris subitement d'un accès de *délire aigu* fu-

rieux avec hallucinations. Est évacué sur Bicêtre. Etat stationnaire pendant 15 jours, *amnésie complète*, ne sait pas où est sa place au dortoir, ni au réfectoire. Traces de chancre sur le prépuce ; ulcérations de la gorge ; papules cuivrées sur le tibia.

Traitement : liqueur de Van Swieten et KI. Amélioration dans l'état physique et mental. Le traitement étant interrompu accidentellement par le fait de l'oubli d'un infirmier, on constate la réapparition des phénomènes psychiques. Sort de Bicêtre *guéri*, en août 1867.

OBSERVATION VI.

(FOURNIER. La Syphilis du cerveau, 1879, p. 316.)

Ils s'agit d'un homme politique bien connu, dit Fournier. Cet homme sortait de la Chambre, où il venait, détail intéressant, de soutenir avec son talent habituel, une importante discussion. Rentrant chez lui en voiture, il commence à divaguer devant son secrétaire qui l'accompagnait. Sur la place Vendôme, il aperçoit quelques personnes arrêtées devant la colonne, et il les prend pour « des revenants, des fantômes ». Tous les passants qu'il rencontre alors, sont de même « des morts sortis de leurs tombeaux ». A partir de ce moment, il déraisonne d'une façon constante et devient absolument *fou*. Divers médecins sont consultés ; diverses médications sont prescrites, mais n'obtiennent aucun succès. Arrive M. Rayet qui, connaissant le malade de vieille date et « flairant quelque chose d'extraordinaire », comme il se plaisait à le dire, suspecte la *vérole* et formule un *traitement spécifique*. Coup de théâtre. Les phénomènes morbides s'atténuent presque instantanément ; le délire s'apaise ; succède une *guérison* rapide et complète qui pendant de longues années ne s'est pas démentie.

Ce malade a succombé longtemps plus tard, à une nouvelle crise d'accidents cérébraux qui, cette fois encore, ont été considérés comme relevant d'une origine spécifique indéniable.

OBSERVATION VII.

(Dr BARTHÉLEMY, dans thèse d'Hagelstein, Nancy, 1894.)

Jeune femme, 20 ans. Pas d'antécédents ni paternels, ni maternels. *Syphilis* de son mari ; trois mois après, folie caractérisée par du délire aigu avec agitation extrême, rires et terreurs, incohérence, le tout en même temps que des manifestations secondaires. Internée dans une maison de santé où elle reste deux ans ; *pas de traitement spécifique*.

Appelé à lui donner des soins, le Dr Barthélemy *traite la syphilis. Amélioration*. Il la suit depuis plus de dix ans ; la santé est excellente, l'intelligence intacte.

OBSERVATION VIII.

(Adressée à M. le professeur SPILLMANN, par le Dr JOB. Thèse d'Hagelstein.)

N....., 22 ans. Sa mère est une nerveuse, lui-même est nerveux, a eu des convulsions. Chancre syphilitique du fourreau, 5 mai 1894. Adénopathie bi-inguinale. A la fin du mois de juin est pris d'une *fièvre* continue avec exacerbations vespérales, 40°. Cet état dure 8 jours, la fièvre tombe un peu, mais a persisté pendant plus de 15 jours.

Pendant les huit premiers jours, *délire intense* surtout *nocturne*, avec *hallucinations* de la vue et de l'ouïe. Délire professionnel.

Réflexions. — Il s'agissait bien d'une fièvre syphilitique coïncidant avec l'apparition d'accidents secondaires (roséole, plaques opalines dans la gorge). Le délire et la fièvre cédèrent rapidement au *traitement mercuriel*.

Parmi les observations suivantes, trois cas dus à Dreer, Christian, Hagelstein, se rapprochent des précédents; ils en diffèrent en ce que l'amélioration mentale paraît un peu moins liée au traitement. Cependant l'influence de ce dernier s'y manifeste encore.

OBSERVATION IX (Résumée).

(F. DREER. *Archivio italiano*. Septembre 1869.)

X...., soldat, 24 ans, bien constitué, atteint d'une *syphilide secondaire* qui fut admis au maricome provincial pour un désordre de l'esprit *ayant toutes les apparences de la démence*. Après un *traitement mercuriel* de deux mois, pendant lesquels les traces de *ptyalisme* avaient disparu, il fut transporté à l'hôpital de Gratz en 1865, dans l'état suivant : l'intelligence était plongée *dans l'apathie et la stupeur*. Durant les premiers mois il eut des accès de fureur qui alternaient avec la *sitio-phobie*.

Sa santé ne tarda pas à s'améliorer, sort complètement *guéri* trois mois après, et a toujours joui depuis d'une bonne santé.

OBSERVATION X.

(CHRISTIAN. Société médico-psychologique. 30 juin 1879.)

Manie aiguë. — Predispositions héréditaires. — Accidents secondaires syphilitiques. — Traitement mixte. — Guérison.

X....., confiseur, 31 ans, entre le 1^{er} mai 1876, à l'asile de Maréville après avoir déjà fait un séjour de cinq mois dans une maison de santé. Un frère du malade a été traité à Maréville il y a douze ans. Plusieurs de ses proches se font remarquer par leur originalité. Lui-même a fait toutes sortes d'excès.

Il est atteint de *manie* : loquace, incohérent, il met tout en désordre, déchire ses habits, se roule dans la poussière ; il est impossible de fixer son attention. Violent, sujet à des accès d'agitation. Insomnie presque continuelle. De petite taille, de constitution grêle, X.... est maigre et pâle ; il a cependant un appétit excellent. Il existe sur les bras, les jambes, aux joues, de plaques de *psoriasis* dont la teinte cuivrée rappelle l'origine. Nous apprenons d'ailleurs que le malade a eu la syphilis avant son mariage et qu'il n'en a jamais été guéri. *Plaques muqueuses* au pharynx et à la face interne des joues. Traitement spécifique (pilules de *Dupuytren* et KI, 1 à 3 gr.) pendant plusieurs semaines : les symptômes locaux s'amendent. Dès le mois de juillet, X.... devient plus calme plus ordonné. Sort guéri le 1^{er} septembre. La guérison s'est maintenue depuis cette époque.

OBSERVATION XI.

(HAGELSTEIN. Thèse de Nancy, 1894.)

H. I., 46 ans, entre en août 1892 dans le service du professeur Spillmann. Antécédents héréditaires : grand-tante atteinte de paralysie agitante ; antécédents personnels : migraine depuis l'âge de 12 ans, réglée à 12 ans, mariée à 36 ans. Syphilis en 1886, chancre. *Roséole et syphilides*, la malade ne suivit le traitement spécifique que pendant quatre mois, et depuis, malgré les conseils de son médecin, n'a plus suivi le traitement spécifique.

Histoire de la maladie. En 1889 (trois ans après l'infection spécifique) elle prétend qu'elle a entendu chez une voisine un bruit de chaînes. *Hallucination* à début brusque sans cause connue. Elle a supposé que cette voisine était garottée par un individu. Elle aurait entendu cette femme dire à sa petite fille : « Ne touche pas ces chaînes, parce que ce sont les chaînes avec lesquelles ton père me lie la nuit ».

Depuis, nuit et jour, la voisine la poursuit de ses menaces. Hallucinations de l'ouïe : entend des menaces surtout de ses voisins. Hallucinations visuelles : cette femme lui montre la nuit des fantômes, des diables avec des cornes. Hallucinations de la sensibilité générale : cette femme lui met sur les jambes et sur les pieds des objets qui la brûlent comme des fers rouges, etc...

Un jour elle a vu une quarantaine de voleurs qui s'introduisirent chez elle avec le mari de la voisine, mirent le feu aux rideaux et au lit. Elle voit emporter la pendule et les montres. Elle entend des menaces continuelles d'empoisonnement, on a essayé de l'empoisonner avec du soufre. Elle a senti dans la bouche, un goût de soufre intense.

Etat actuel. Pas de traces d'éruptions sur le corps. Souffre d'insomnies. *Troubles de la mémoire*, ne se rappelle plus avoir eu la syphilis.

Parole lente, pas de troubles de la sensibilité. Pas de stigmates hystériques. Pas d'excès alcooliques, suit le traitement par le *mercure et KI*. Depuis huit jours n'entend plus de voix pendant la nuit, plus d'hallucinations. Depuis qu'elle suit le traitement présente une amélioration notable. Au bout de quelques semaines sort de l'hôpital *très améliorée*. Actuellement 20 mai 1894, depuis deux ans les phénomènes d'aliénation mentale n'ont plus reparus. Intelligence nette.

J. Mickle, qui donne les trois observations suivantes dont nous résumons les traits principaux, semble, tout en constatant les bons effets du traitement spécifique, n'admettre, qu'avec certaines réserves, le caractère syphilitique des troubles cérébraux.

OBSERVATION XII (Résumée).

(J. MICKLE. *J. of mental science*, 1879.)

Militaire, 37 ans, antécédents héréditaires ignorés. *Chancre*, accidents secondaires en 1871. Aliénation mentale en 1873, caractérisée par de la *dépression* intense, idées de persécution, hallucinations de l'ouïe et de la vue. Entre à l'asile. Un mois après le début du traitement, accès fébriles auxquels a été opposé KI à haute dose (0 gr. 80 toutes les trois heures). Cette médication énergique enraye les accidents, sans que l'emploi de la quinine ait été nécessaire. *Guérison* parfaite après seize mois.

OBSERVATION XIII (Résumée).

(J. MICKLE. *Journ. of mental science*, 1879.)

Canonnier, célibataire, admis en janvier 1879. *Syphilis primaire* en 1872, hépatite dans l'Inde, accidents secondaires en 1877 et 1878 (ulcérations de la gorge). Depuis longtemps il a eu de l'*amnésie*, altération du caractère, céphalées et entre temps du délire. En dernier lieu est *maniaque*, délire religieux et idées de grandeur. Douleurs céphaliques. Eruption de psoriasis palmaire. Alternatives de *stupeur* et d'*exaltation*.

A fait quelques excès alcooliques.

Réflexions. — Le caractère syphilitique de la vésanie est bien mis en évidence par les commémoratifs, et l'*heureuse issue* du traitement qui a consisté dans l'emploi combiné de l'iodure de potassium, du perchlorure de *mercure* et du carbonate d'ammoniaque.

OBSERVATION XIV (Résumée).

(J. MICKLE. *Journ. of mental science*, janvier 1880.)

Malade, 27 ans, *chancre syphilitique*, angine spécifique, douleurs générales. Plus tard *mélancolie* et tendances au suicide avec des *hallucinations* de l'ouïe. Douleur crânienne prolongée, intense, surtout nocturne avec sensibilité locale, amendées par le traitement antisypilitique (*mercure et KI*, reconstituants). Le malade présentait, en outre, une affection hépatique. Dix mois après l'entrée à l'asile tous ces phénomènes s'étaient *amendés*. M. Mickle fait remarquer que, dans ce cas, la syphilis n'a sans doute agi pour produire ces troubles intellectuels que concurremment avec les autres lésions viscérales.

Nous relevons encore une observation de M. Barthélemy, à cause de la remarque qui la termine.

OBSERVATION XV.

(BARTHÉLEMY, médecin des hôpitaux. Thèse d'HAGELSLEIN, 1894.)

Jeune femme, 24 ans, nerveuse. *Syphilis avérée*. Quelques semaines après, état mental caractérisé par quelques idées vagues de persécution, hypochondrie manifeste. *Accidents secondaires* concomitants. Enfermée dans un asile y reste plusieurs années. Traitement par bromure de potassium. A quelques reprises on lui fait des *frictions mercurielles*, c'est ce qui la sauva probablement, car elle finit par guérir d'une façon complète.

A côté de ces cas à terminaison favorable, nous en retrouvons deux autres terminés par la mort : l'un à la

suite d'une maladie accidentelle, l'autre à la suite de graves altérations cérébrales constatées par l'autopsie.

OBSERVATION XVI (Résumée).

(WIGLESWORTH. *Amer J. of insanity*, janvier 1888.)

X....., 21 ans, mariée depuis quatre mois. A cette époque, syphilis (*chancre* de la grande lèvre). Dès l'apparition du chancre, délire mélancolique. Asthénie, *intelligence obtuse*, *semi-mutisme*, idées d'empoisonnement, sitiophobie; cet état dure six semaines, puis, dépression pendant quatre mois consécutifs. *Traitement mixte*. La syphilis évolue, roséole, puis accidents tertiaires. Érysipèle. *Mort*.

Autopsie : cerveau indemne, l'examen histologique n'a pas été fait.

OBSERVATION XVII.

(ABLECOFF. *Neurolog. Centralbl.* XV, 1896.)

X....., 21 ans, pas de tare héréditaire, pas de cause prédisposante, ni dans ses conditions sociales, ni dans sa profession.

État mental caractérisé par la dépression de l'affaiblissement des facultés psychiques, des hallucinations de la vue, de l'ouïe, bientôt suivies d'excitation générale, puis d'agitation avec gesticulation. Apparaissent ensuite de l'aphasie motrice, du tremblement, de l'insomnie, des céphalalgies. Deux mois auparavant, X... avait eu un *chancre induré*. Puis, symptômes témoignant d'un trouble mécanique de l'irrigation cérébrale. *Confusion mentale*, apathie complète, *amnésie*, gâtisme, oubli de manger, mouvements automatiques, tremblements, hébétude, réflexes rotuliens exagérés, hyperthermie, attaques d'épilepsie jacksonnienne de plus en plus précipitées avec une sorte d'athétose et des mouvements choréi-

formes, phénomènes convulsifs dans les nerfs crâniens moteurs, crises tétanoides, *mort*.

Autopsie : lésion des artères de la base et surtout de la cérébrale moyenne (parois épaissies, thromboses), foyers de ramollissement dans la pariétale ascendante, le corps strié gauche, le cervelet. Le microscope complète l'étude des altérations artérielles disséminées et des petits foyers de ramollissement occasionnés par elles, notamment en pleine couche optique où les cellules sont détruites, ainsi que les fibres conjonctives et remplacées par de gros globes granuleux. Le siège premier des altérations, c'est la tunique interne, c'est l'endothélium.

Enfin, la dernière observation montre une des façons dont se termine quelquefois l'évolution des troubles mentaux liés à la syphilis, malgré le traitement spécifique.

OBSERVATION XVIII (Résumée).

(Due au docteur PARIS; thèse d'HAGELSTEIN).

X...., 30 ans, fille-mère, traitée à l'hôpital Beaujon pour *accidents spécifiques* graves ; sirop de Gibert, frictions mercurielles ; là commencent les troubles délirants : triste, méfiante, elle croit que les infirmiers lui en veulent ; hallucinations de l'ouïe et de la vue.

Reste à l'asile de S..., deux ans, puis entre en 1890 à l'asile de Maréville. Actuellement : *affaiblissement intellectuel* qui la rend incapable de se diriger et de pourvoir à ses besoins. Accidents spécifiques du côté du squelette (perforation du frontal), du côté de la peau et de la langue (cicatrices cutanées, gommès de la langue). Accidents enrayés par le traitement spécifique, mais l'intelligence ne paraît pas influencée par ce traitement.

N'a plus la notion du temps écoulé, débilité mentale accusée par sa pénurie d'idées, propos insignifiants, redites, etc., incohérence de langage, idées délirantes, confuses. En résumé, *débilité mentale*.

De tous ces faits, il résulte assez nettement que des troubles mentaux peuvent apparaître dans le cours d'une syphilis en évolution et que, dans la majeure partie des cas, le traitement spécifique, en même temps qu'il guérit la diathèse, fait aussi disparaître les symptômes psychiques.

Les observations qui suivent, prises ou continuées par nous, montreront encore le même fait et nous permettront, en outre, d'étudier les terminaisons différentes qui n'ont été, jusqu'à présent, qu'indiquées par les auteurs.

Nos six premiers cas sont la preuve des bons effets du traitement spécifique, les malades sont sorties ou vont sortir, cette sortie n'étant retardée que pour assurer leur convalescence.

OBSERVATION XIX (Personnelle).

(Service de M. le professeur Pierret).

Syphilis secondaire. — Confusion mentale hallucinatoire.

— Injections de calomel. — Guérison.

X... Octavie, 29 ans, domestique, célibataire.

La malade entre à l'asile le 15 décembre 1898 avec le certificat suivant : « Est atteinte d'aliénation mentale. Se rendant de Nice à Neufchâteau, dans les Vosges, a tiré cinq ou six fois la sonnette d'alarme du train avant d'arriver à Lyon. Elle a tenté à plusieurs reprises de se jeter par la portière. Elle se

dit coupable des plus grands crimes, indigne de pardon et ne pouvant être pardonnée, elle doit se tuer pour expier ses forfaits.

État actuel à l'entrée. — L'examen clinique est assez difficile. Aux questions, elle répond qu'elle ne sait pas, qu'elle ne se rappelle plus de rien, que tout s'est passé comme dans un rêve. Cœur : pointe difficile à localiser, pas de souffle, pas d'arythmie. Pouls : ample, bondissant, ralenti, 64 pulsations. Stase dans la circulation périphérique, coloration violacée des extrémités et abaissement de la température locale, rien aux poumons. Système digestif : haleine fétide, dentition très mauvaise, langue sale, appétit médiocre, estomac, foie, rate normaux. Ventre assez souple, légère constipation. Urines : pas d'albumine, pas de sucre, beaucoup d'urates et de phosphates, quantité faible d'urine, 800 gr. par 24 heures. Température : 37° 1.

État physique médiocre, la malade est amaigrie, facies un peu rouge. A l'examen de la bouche, on trouve plusieurs plaques muqueuses sur les piliers et à la face interne des joues. La malade se refuse complètement à l'examen des organes génitaux.

Système nerveux. — Tremblement des doigts, réflexes rotuliens exagérés et également des deux côtés, pas d'ovarie, pas d'anesthésie cornéenne, hyperesthésie cutanée. Pas de troubles trophiques. Sillons unguéaux.

État mental. — La malade se dit coupable de toutes les fautes, s'accuse de tout, est une grande pécheresse, ne sera jamais pardonnée. Attitude de mélancolique, quasi anxieuse. Idées d'indignité, de culpabilité ; attitude de repentir, se met à genoux, implore le pardon. Mimique triste, adéquate, yeux fixes, le plus souvent baissés, aboulie complète. La malade se laisse aller. Insomnie, rêves, cauchemars, hyperesthésie psycho-sensorielle, hallucinations, illusions, prend les malades du service pour des personnes de sa connaissance, pour ses parents. Mais, subitement, à l'occasion de l'explo-

ration de l'abdomen, la malade démasque un érotisme évident.

Certificat de 24 heures : Folie à caractère mélancolique, avec confusion mentale, actes inconscients et impulsifs. Tendance au suicide.

1^{er} janvier 1899. — Une injection de calomel dans la fosse sous-épineuse gauche. État de rêve avec incohérence, hallucinations, illusions. Si on l'interroge, on la tire assez facilement de cet état de rêve. Elle refuse toute alimentation, se fait nourrir à la sonde.

10 janvier 1899. — Est excitée, état de rêve, hallucinations. Entend des voix.

Une injection de calomel.

21 janvier. — Injection de calomel. Toujours agitée, plaques muqueuses semblent disparues.

1^{er} février. — Est plus calme; mais de temps à autre prend des accès d'agitation. Mange seule.

5 février. — Injection de calomel. Pas d'accidents.

20 février. — Paraît mieux, s'occupe dans la division, dort bien. Répond aux questions posées. Son père serait mort de congestion. Mère bien portante. La malade aurait pris des crises nerveuses étant jeune fille. Exerce la profession de cuisinière, nie tout excès alcoolique. Ignore la syphilis. Mystique de son naturel, elle a consulté des somnambules. Elle a été plusieurs mois en rapport avec une malade qui avait été internée à Maréville, elle aurait eu peur à cause de cela de devenir folle.

28 février. — Elle écrit une lettre à ses parents, que nous transcrivons rigoureusement, ne modifiant que l'orthographe.

« C'est avec grand plaisir que je voudrais bien vous voir, pour savoir au moins si tout est bien arrivé, quant à moi vous ne pouvez penser ce que je suis devenue par ma folie. Mes maîtres ont dû vous écrire et aussi vous envoyer mon dû, puisque j'ai été perdue, égarée dans mon voyage. Je suis prisonnière, le temps me dure beaucoup de vous voir, j'es-

père que vous avez une bonne santé. Je termine ma lettre en vous embrassant de tout cœur. »

La malade sort le 8 mars réclamée par ses parents.

OBSERVATION XX (Personnelle).

Suivie par le Dr TATY.

(Service de M. le professeur PIERBET.)

*Syphilis secondaire. — Confusion mentale hallucinoïde. —
Pilules de Dupuytren. — Guérison.*

X..., Marie, 17 ans, sans profession.

La malade entre à l'asile de Bron, le 7 mars 1895.

Elle vient du service du docteur Cordier avec le diagnostic : Troubles mentaux qui se caractérisent par des cris, de l'agitation, des paroles incohérentes, des hallucinations. La malade est en période de syphilis secondaire. Céphalée vespérale intense.

Grâce à l'obligeance du docteur Cordier qui nous a permis de puiser dans ses observations, nous pouvons publier l'histoire de la malade avant son entrée à l'asile.

X... entre aux Chazeaux le 22 novembre 1894. Maux de gorge. Cheveux tombent depuis trois semaines. Céphalalgies fréquentes, violentes vers le soir et le matin en se levant. Douleurs dans les bras et dans les pieds.

A l'examen de la gorge, les amygdales sont hypertrophiées, grisâtres. Sur la langue à droite, lésion en saillie s'avancant jusque sur la face inférieure. Ganglions sous-maxillaires à gauche, cervicaux à droite. Peau de la face desquame depuis quelques jours surtout au front. Pas de syphilis pigmentaire du cou. A la vulve, plaques muqueuses hypertrophiées surtout sur les grandes lèvres à droite. Ne souffre ni en urinant, ni en allant à la selle. Leucorrhée abondante.

Traitement mixte.

1^{er} décembre 1894. — Roséole.

12 janvier 1895. — La malade sort du service du docteur Cordier.

21 février 1895. — X... rentre de nouveau aux Chazeaux pour accidents et céphalée.

26 février 1895. — Céphalée s'accroît et s'exagère surtout la nuit, la malade se met à délirer.

7 mars 1895. — La malade est évacuée sur l'asile de Bron.

Antécédents héréditaires. — Père vivant bien portant, la mère s'est suicidée, il y a six ans environ, en se jetant volontairement par la fenêtre dans un accès de fièvre chaude?

Antécédents personnels. — Réglée à 17 ans. Premiers rapports sexuels à 16 ans, nombreux amants. Pas de fausses couches, pas d'enfants. Aurait fait quelques excès alcooliques entre ses deux séjours aux Chazeaux.

Etat actuel. — A son entrée, la malade tousse un peu, légère bronchite, rien au cœur. Sur les organes génitaux, plaques cicatricielles. Etat mental : la malade pousse des cris, s'agite, cherche à se lever de son lit, les pupilles sont dilatées, égales. Elle prononce des paroles incohérentes, des phrases sans suite, décousues.

Elle est en proie à des hallucinations.

Certificat de 24 heures : Délire maniaque chez une héréditaire, avec légère incohérence des idées et des actes.

Traitement : deux pilules de Dupuytren par jour. Gargarisme au chlorate de potasse. Liqueur de Labarraque.

15 avril 1895. — Un peu améliorée, la malade demande la suppression du traitement.

20 mai 1895. — Excitable, mais va mieux. Céphalée le soir vers 4 heures et la nuit. Adénite cervicale. Quelques plaques au fond de la gorge.

Reprise du traitement. Deux pilules de Dupuytren par jour, chlorate de potasse.

1^{er} juin 1895. — La céphalée persiste, l'adénite cervicale va mieux, les plaques du fond de la gorge ont disparu.

10 juin 1895. — Meilleur état mental. Bon état physique, continue le traitement mercuriel.

24 juillet 1895. — Amélioration. Suppression du traitement.

7 août 1895. — La malade sort avec le certificat suivant : ne donne plus de signe de folie, doit être rendue à la liberté ; est atteinte de syphilis en évolution et ferait utilement un stage dans un service spécial.

9 août 1895. — Nous retrouvons la malade dans le service du docteur Cordier pour plaques muqueuses. Après quelque temps, elle en sort pour y rentrer le 6 juin 1897, pour « pityriasis du visage et eczéma de l'aile du nez ».

Son état mental est bon, n'a pas eu de troubles psychiques depuis sa sortie de l'asile.

OBSERVATION XXI (Personnelle).

(Service de M. le professeur PIERRET.)

Syphilis secondaire. — Mélancolie, obnubilation intellectuelle. — Injections de calomel.

X..., fleuriste, 41 ans. Entre à l'hospice de l'Antiquaille le 25 mars 1898.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 64 ans; s'est jeté dans le Rhône on ne sait pour quelle cause ; garçon de bureau au Crédit Lyonnais, rien ni dans sa conduite, ni dans ses affaires ne pouvait faire prévoir cette détermination. Il n'avait jamais donné aucun signe de démence, s'emportait quelquefois, mais ne buvait pas.

Mère morte, à 50 ans, d'une pneumonie ; n'était pas nerveuse. Variole en 1870.

Elle avait eu quatre enfants et une fausse couche :

1 garçon mort à 6 ans de la coqueluche ;

1 garçon mort à 38 ans, en Belgique, de maladie inconnue ;

1 garçon vivant, âgé de 43 ans, bien portante et, enfin, la malade.

Rien dans les branches collatérales.

Antécédents personnels.—La malade est venue à terme, elle a marché à 15 mois, n'a pas eu de convulsions, pas de chorée. Rougeole à 7 ans. Erysipèle à 13 ans. Fièvre typhoïde à 17 ans.

A 24 ans, reste deux ans dans une maison de convalescence où son père l'avait placée pour « la fortifier ». A 28 ans, fait deux séjours successifs pour de l'anémie.

Pas de rhumatisme.

Elle nie la syphilis. Pas d'excès alcooliques. Réglée à 16 ans, régulièrement. Mariée à 36 ans. Jamais d'enfants, ni de fausses couches. Son mari, marié pour la seconde fois prend des crises la nuit. Il s'agit probablement de crises d'épilepsie, a pris du KBr et du sirop de valériane. Il serait très emporté, très irritable. Nie l'alcoolisme et la syphilis.

Revenons à la malade : d'un tempérament plutôt faible, depuis 5 ou 6 ans, au moment de ses époques, elle a eu des cauchemars la nuit. Brusquement, raconte le mari, elle se soulève, agite les bras et gémit, quelquefois elle dit des choses incompréhensibles. Ne garde pas le souvenir de ces sortes de crises.

Troubles du langage, zézaïement.

Histoire de la maladie.— Début il y a sept jours ; assez brusquement à l'atelier où elle travaillait, la malade fut prise d'un violent mal de tête au niveau du front ; il lui semblait qu'elle avait un poids sur les yeux ; en même temps elle eut du vertige et quelques bourdonnements d'oreilles. Le lendemain elle put encore vaquer à ses affaires. Le soir n'y tenant plus, elle se mit au lit qu'elle garda presque tout le temps jusqu'à ce matin. Elle avait, dit son mari, l'air bête, était dans un état de torpeur presque subcomateux, ne répondait pas aux questions qu'on lui posait. Elle avait les paupières baissées, la bouche entr'ouverte, non déviée, poussait de temps en temps de profonds soupirs. Les docteurs Frenckel et Chaumier qui la virent à ce moment ne purent rien en tirer.

A peine parvenait-elle à porter la main à sa tête, en soupirant. Ne demandait rien à manger.

Etat actuel.— La malade a le teint pâle, bistré, se tient immobile sur sa chaise, paraissant indifférente à tout ce qui se passe autour d'elle. Elle répond assez bien et sans hésitation aux questions qu'on lui pose. Sa parole ne présente rien de particulier, elle est un peu pâteuse. L'ouverture palpébrale est égale des deux côtés, les pupilles égales et normalement dilatées réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. Les mouvements du globe oculaire sont normaux. La bouche fermée et non déviée, la langue large étalée, un peu sale sur sa face dorsale ; sur ses bords, elle porte les empreintes des dents voisines, sur le dos, dans le voisinage de la pointe, il existe deux rhagades, de 2 centimètres de long. Il en existe également une troisième au même niveau, mais moins profonde sur la ligne médiane. Mauvaise dentition, haleine fétide. Rien à l'examen de la gorge.

La malade est grosse, de taille un peu au-dessous de la moyenne, elle marche sans hésitation ni boiterie. Pas de troubles de la sensibilité, pas de zones hystérogènes, pas de points douloureux à la pression, réflexe cornéen normal. La force musculaire est assez bien conservée ; à la main le dynamomètre donne 25 à droite et à gauche. Réflexes rotuliens normaux des deux côtés. Réflexes plantaires existent.

Pas de trépidation épileptoïde, ni de phénomène du genou.

Pas de trouble de la vue. Surdité de l'oreille droite, rien d'aigu à l'examen otoscopique.

La malade était assez irritable avant l'affection actuelle, s'énervait facilement. Pas d'appétit, digère mal, est habituellement constipée. Rien aux poumons, rien au cœur, pouls régulier, pas d'athérome. Urines, quantité normale, léger disque d'albumine, pas de sucre.

Pas d'hypertrophie du corps thyroïde. Deux cicatrices ganglionnaires anciennes sur les deux côtés du cou. Légère asymétrie faciale.

La malade est mise au traitement mixte, KI et frictions mercurielles.

20 avril. — Pendant les premiers jours elle crie, s'agite par instants, puis la sédation dans les troubles morbides apparaît, l'amélioration s'affirme. La malade dort tranquillement la nuit, a de l'appétit, est plus éveillée, parle spontanément la nuit.

Conclusions. — Céphalalgie, obnubilation intellectuelle. Agitation nocturne. Amélioration assez rapide par le traitement mixte (1).

La malade entre à l'asile de Bron le 21 juin 1898 avec le certificat suivant : Délire chronique avec période d'excitation.

Etat actuel. — Cœur : pointe difficile à sentir, pas de souffle ni de bruits anormaux. Pouls régulier ; 80 pulsations. Rien aux poumons. Appareil digestif : langue sale, dentition mauvaise, haleine fétide ; l'épaisseur des parois de l'abdomen est telle qu'il est impossible d'explorer les organes abdominaux.

Urines : réaction acide ; quantité des 24 heures, 1200 gr., ni sucre ni albumine.

Système nerveux. — Motricité : pas de tremblement, pas d'incoordination motrice, pas de troubles de la marche ni de la station debout, écriture non modifiée. Troubles de la parole, mais la malade zézaie.

Sensibilité normale à la piqure, à la douleur ; céphalée vive, frontale, surtout nocturne.

Organes des sens. Vision : musculature externe intacte, pupilles égales réagissent à la lumière et à l'accommodation.

Pas de troubles de l'ouïe, du goût, de l'odorat.

Etat physique. — La malade a le teint jaune bistré, les téguments sont épais, obésité assez marquée, sillons unguéaux bilatéraux. Quelques ganglions cervicaux, pas de cicatrices.

Etat mental est mal caractérisé. Au moment de l'examen, la malade est calme, malgré de patientes investigations on ne

(1) Cette première partie de l'observation nous a été communiquée par M. Lannois, professeur agrégé.

parvient pas à saisir d'idées délirantes. Le raisonnement paraît assez logique et coordonné. Mémoire assez bonne, sentiments affectifs et moraux ne sont pas modifiés. La malade sait qu'elle est à Bron, ce qui ne paraît pas l'ennuyer. La malade reste immobile sur sa chaise, la mimique peu expressive, presque atone; répond assez bien aux questions posées, mais n'est pas prolixe en détails. Teinte de mysticisme, mélancolie. Poids 85 kilg. 700. Température rectale 37° 2. Traitement : salicylate de magnésie 0 gr. 30, quatre cachets semblables. Le certificat des 24 heures est ainsi conçu : Folie semi-maniaque avec délire mystique.

4 juillet. — La malade prend des accès d'agitation, paraît hallucinée; s'excite facilement, injurie les infirmières, menace de les giffler. Céphalée persiste.

Traitement : injection de calomel dans la fosse sous-épineuse droite (1 cent. cube de la solution de Balzer).

Calomel..... 1 gr. 50.

Huile de vaseline stérilisée..... 16 grammes.

Gargarisme au chlorate de potasse. 4/300.

5 juillet. — La malade s'excite toujours par intervalles; crie, gesticule, se déplace.

Pas de réaction locale du côté de la piqûre, température 37° 9 le matin, 38° 2 le soir.

6 juillet. — Le certificat de situation porte le diagnostic de folie à caractère maniaque avec délire mystique et hallucinations des sens.

Un peu d'empatement dans la région où a été faite la piqûre. Pas de douleur. Parésie légère dans le membre correspondant.

12 juillet. — 2^{me} injection de calomel.

Pas de modifications les jours suivants.

1^{er} août. — Soliloquisme. La malade se promène, chante. Céphalée moins intense.

10 août. — 4^e injection de calomel.

20 septembre. — L'amélioration s'affirme; la malade demande sa sortie.

4 octobre. — Va bien ; le bulletin de sortie sera signé demain. Etat physique bon.

6 octobre. — Ne donnant plus de signes de folie, la malade est rendue à sa famille.

OBSERVATION XXII (Personnelle.)

(Service de M. le professeur PIERRET.)

*Syphilis secondaire. — Confusion mentale et stupeur. —
Injections de calomel. — Guérison.*

X.... Marie, 15 ans.

La malade entre à l'asile le 8 octobre 1898, sans renseignements, avec le certificat du médecin de la prison où elle était internée ; obnubilation intellectuelle avec impulsion ; fait des fugues.

Etat actuel à l'entrée. — Cœur normal. Pouls 76. Poumons normaux. Système digestif : langue bonne, estomac non dilaté, selles régulières. Urines ni sucre, ni albumine. Température 37° 5.

Aspect physique. — Aspect chétif, coloration pâle des muqueuses, taille petite, la malade a la figure vieillote, est bien conformée.

La malade porte sur la face antéro-externe de la cuisse gauche une ulcération ronde et grande comme une pièce de un franc, à bords décollés, de coloration cuivrée, sans zone inflammatoire bien franche ; cicatrice d'un chancre au niveau des organes génitaux ; à la face interne des joues et des lèvres, plaques muqueuses ; ganglions de la nuque.

Etat mental. — La malade paraît obnubilée, reste assise sans chercher à s'occuper ; la mimique est atone ; l'œil terne et vague ; ne dit rien ; dort assez bien ; de temps à autres'agit, cherche à fuir.

Système nerveux : réflexes rotuliens normaux ; un peu de soubresauts des tendons ; pas de troubles trophiques. Pas de stigmates hystériques, pas de zones hystérogènes ; pas d'anesthésie cornéenne ni pharyngée ; sillons unguéaux bilatéraux.

Certificat de 24 heures : confusion mentale et infection spécifique. Stupeur.

Etant donné l'existence non douteuse d'accidents spécifiques, la malade est soumise au traitement par les injections de calomel, faites tous les dix jours dans les fosses sous-épineuses.

15 décembre 1898. — Trois injections de calomel ont été faites sans accident aucun. Les manifestations buccales ont disparu, l'état mental quoique n'étant pas absolument normal est amélioré.

1^{er} février 1899. — La malade complètement guérie après une série de sept injections de calomel, sort du service et rentre dans sa famille.

Avant de partir nous l'avons interrogée; voici les renseignements qu'elle a fournis et qui compléteront l'observation.

Son père est un alcoolique qui vit séparé de sa mère; sa mère jouit d'une bonne santé.

Son enfance fut malade, elle serait restée de 8 ans 1/2 à 12 ans 1/2, chez les sœurs du Bon-Pasteur, où elle aurait pris des crises (?) (Pendant son séjour à l'asile il n'a été observé aucun accident convulsif.)

Elle s'adonnait à l'onanisme. Sortie de cet établissement elle se lança dans la débauche, eut des amants, vécut de ce triste métier. Elle nie tout accident spécifique. Ne se soigna jamais pour la vérole. Faisait quelques excès alcooliques, absinthe.

Elle raconte qu'elle a été prise au parc par un agent de police, mais qu'elle était avec son frère; c'est cette arrestation qui a motivé son internement à la prison Saint-Paul; d'où elle fut envoyée à l'asile de Bron. Elle a deux sœurs plus âgées qu'elle, un frère en bonne santé, une sœur morte de tuberculose; réglée à 13 ans assez régulièrement.

Elle se rappelle très vaguement les circonstances qui ont motivé son internement à Bron. Actuellement elle ne présente plus de troubles mentaux; c'est une pervertie morale; elle présente des stigmates de dégénérescence, paraît vicieuse;

tendances à l'érotisme; elle raconte, avec un sourire malicieux, et une certaine complaisance, les détails les plus intimes de sa vie privée; a fait de nombreuses fugues.

OBSERVATION XXIII (Personnelle).

(Service de M. le professeur PIERRET.)

Syphilis secondaire. — Confusion mentale. Anxiété. — Injection de calomel. — Guérison.

X....., 19 ans, cultivatrice, entre à l'asile le 9 avril 1899.

Antécédents héréditaires. (Renseignements fournis par les parents.) — Père bien portant, mais nerveux, emporté. Mère rhumatisante. Une tante aurait été dans un asile pendant un temps assez long; une cousine germaine a été folle.

Antécédents personnels. — Réglée à 14 ans, pas de maladies de la première enfance. Deux frères bien portants, un mort à deux mois, l'autre à six mois, de convulsions. Nie l'alcoolisme, s'adonnait à la masturbation. Première atteinte de folie à l'âge de 18 ans, à la suite d'une histoire d'amour (avec un soldat d'infanterie de marine). Elle eut du délire avec hallucination et agitation, ce qui nécessite un premier séjour chez le docteur Binet.

Certificat d'entrée : Délire général.

Etat actuel. — Rien au cœur, pouls 80. Rien aux poumons. Système digestif : Langue un peu sale, dentition bonne, estomac normal. Ventre souple, un peu de constipation. Organes génito-urinaires : Menstruation régulière. Urines, quantité normale, coloration foncée, ni sucre, ni albumine.

Etat physique. — Bon. Au niveau de la face interne des joues, sur les piliers, quelques plaques muqueuses, adénite sous-maxillaire. Coloration bronzée du cou. Eruption maculo-papuleuse siégeant sur le front, d'aspect polycyclique.

Sur la grande lèvre gauche, face interne, cicatrice qui paraît être celle d'un chancre. Adénite inguinale à gauche, petits ganglions indolores, petit goître.

Système nerveux. — Réflexes rotuliens normaux, pas de trépidation épileptoïde, pas de tremblement des mains, station debout et marche normales. Pas de zones hystérogènes, pas de troubles de la sensibilité subjective ni objective. Organes des sens : Pas de troubles de la musculature externe, pupilles égales réagissant bien à la lumière et à l'accommodation. Impossibilité d'explorer le champ visuel.

Sillons unguéaux bilatéraux.

Etat mental. — Depuis son arrivée à l'asile la malade n'a pas dit un seul mot ; garde le mutisme le plus absolu, reste immobile, assise. La mimique et l'attitude sont celles d'une anxieuse ; se cache par moments le visage dans son mouchoir, sanglote, verse d'abondantes larmes. Ne répond à aucune des questions qu'on lui pose. Paraît ahurie, obnubilée, apeurée, craintive. Refus d'aliments.

N'exécute que lentement les actes commandés. Ebauche d'oméga mélancolique. Latéralisme mimique.

Température 37°,4. Poids 53 kilogrammes.

Certificat de 24 heures : Mélancolie anxieuse liée à une infection spécifique.

12 avril. — Une injection de calomel dans la fosse sous-épineuse gauche. Vin phosphaté. Gargarisme au chlorate de potasse.

15 avril. — La malade a une phase d'agitation avec cris, illusions. Pas de réaction ni locale, ni générale.

20 avril. — Une injection de calomel.

1^{er} mai. — Une injection de calomel.

10 mai. — Une injection de calomel.

Pas de modifications imputables à la piqure. Pas de salivation, ni stomatite.

20 mai. — Une injection de calomel. La malade paraît bien mieux. Dort bien. Mange seule, travaille depuis quelques jours. Latéralisme mimique. Teinte mélancolique, ne

s'ennuie pas à l'asile, mais sachant qu'elle est à Bron, quand elle va rentrer, dit-elle, les gens diront : voilà la folle qui revient.

2 juin. — Une injection de calomel.

Nous essayons d'obtenir des renseignements sur la syphilis certaine de la malade, et sur ses relations avec le soldat d'infanterie de marine, mais elle nie de la façon la plus catégorique.

Le mieux se maintient et la malade pourra sortir.

OBSERVATION XXIV (Personnelle).

(Service de M. le professeur PIERRET.)

Syphilis secondaire. — Mélancolie anxieuse. — Injection de calomel. — Guérison.

X....., Anna, 26 ans, célibataire.

Antécédents héréditaires. (Les renseignements nous ont été donnés par la mère.) — Le père qui avait été marin, a souffert de douleurs rhumatismales (?), était un alcoolique avéré; la mère est d'un tempérament nerveux; deux enfants, une fille nerveuse et la malade.

Antécédents personnels. — La malade est venue à terme, bien conformée. Convulsions de la première enfance. Luxation acquise (accidentelle) de la hanche à 1 an. Scarlatine à 9 ans. Réglée à 14 ans. A l'apparition de ses époques, qui sont très régulières, était plus excitable, plus énervée. A pris des crises de nerfs (?) dans l'enfance. A 23 ans, ictère à la suite d'une frayeur.

A partir de cette époque, la malade quitte sa mère pour se livrer à la débauche, faisant, outre ses excès génésiques, de nombreux excès alcooliques.

Elle entre à l'asile le 17 juin 1898, avec le diagnostic suivant : État d'érotisme incoercible accompagné d'idées in-

cohérentes, de propos quelquefois sans décence, qui la portent à commettre des actes contraires à la pudeur et à la convenance.

État actuel à l'entrée. — Rien au cœur. Poumons : respiration saccadée, sommets sonnent bien et respirent bien. La malade ne tousse pas. Système digestif : ventre assez souple, foie et rate normaux, pas de constipation. Urines : pas de sucre, léger disque d'albumine. Rien aux organes génitaux, quelques ganglions à l'aîne. État général bon, le teint est coloré, les yeux brillants. Cicatrice de brûlure au poignet gauche. Les mains et les poignets sont le siège d'un eczéma prurigineux avec exfoliation. Le tronc est couvert d'une éruption acnéique de nature peut-être syphilitique, à cause de la généralisation au-devant de la poitrine, de son aspect, de la rareté des cheveux, des céphalées violentes nocturnes que la malade éprouve; ganglions du cou.

Système nerveux. — Les réflexes rotuliens sont normaux, la force musculaire intacte; la malade boite, démarche en plongeant : il s'agit d'une luxation ancienne (à l'âge de un an) de la hanche droite. Tremblement des doigts, troubles de la sensibilité subjective; céphalées frontales, sus-orbitaires, nocturnes; quelques fourmillements, picotements au niveau des membres inférieurs. Zones hystérogènes mammaires et ovariennes. Pas d'anesthésie cornéenne. Trémulation des paupières. Réflexes pupillaires normaux. Coloration anormale de l'iris droit. Pas de troubles trophiques. Elle dit n'avoir jamais pris de crises; cependant, la mère nous affirme qu'étant jeune, sa fille prenait des crises de nerfs pendant lesquelles elle pleurait, criait, gesticulait, menaçant l'entourage.

Dyschromatopsie, pas de rétrécissement du champ visuel.

État mental. — Conceptions tristes, hypochondriaques, presque anxieuses. « Il vaudrait mieux que je sois dans le néant », dit-elle. Mémoire assez bonne, intelligence moyenne, perversion des sentiments affectifs et moraux; érotisme, se prête avec beaucoup de complaisance à l'examen. Sommeil

bon, pas de cauchemars. Quelquefois rit aux éclats, sans motifs, plus souvent pleure. Ne paraît pas hallucinée.

Le certificat de 24 heures porte le diagnostic : folie morale avec nymphomanie, conceptions hypochondriaques.

Le 25 août 1898, les urines ne renferment plus d'albumine.

Le traitement mixte : injection de calomel dans les fosses sous-épineuses, associé à KI, est institué. Nous faisons une série de 7 injections de calomel de 10 jours en 10 jours. Il n'y a pas eu de température, mais un peu de douleur, de parésie très passagère dans le bras correspondant ; un peu d'empatement sans abcès. Pas de stomatite.

En janvier, la malade est mieux, est moins triste, travaille dans la division.

L'éruption acnéiforme a disparu en décembre 1898 ; les douleurs de tête n'existent plus.

Nous ferons remarquer que la malade n'a jamais pris de crise depuis qu'elle est à l'asile.

Dans l'observation suivante aux troubles mentaux s'ajoutent des symptômes médullaires. La malade a fait plusieurs séjours à l'asile de Bron, elle a suivi chaque fois le traitement et s'est améliorée chaque fois. Le lien entre les troubles mentaux et l'affection diathésique y paraît donc aussi net que dans les cas précédents. C'est, en raison des troubles du système nerveux périphérique, une forme de transition entre nos cas de folie pure et les cas à altération plus avancée auxquels nous avons arrêté notre sujet.

OBSERVATION XXV (Personnelle).

(Service de M. le professeur PIERRET.)

Syphilis secundo-tertiaire. — Mélancolie anxieuse, affaiblissement intellectuel. — Paraplégie. — Injections de calomel. — Rechutes. — Amélioration.

X..., dévideuse, 40 ans.

Antécédents. — Réglée à 19 ans, irrégulièrement. N'a plus ses règles depuis 5 ans. Fièvre typhoïde à 16 ans.

Deux enfants morts du croup. Une fausse couche. A eu très peur pendant les incendies qui ont suivi la mort du président Carnot. Aurait été soignée pour lésions oculaires ? dans le service du professeur Gayet. Pas d'alcoolisme.

La malade rentre à l'asile le 3 octobre 1894 avec le certificat suivant : Délire mélancolique avec période d'excitation.

Etat actuel. — Cœur : pointe bat dans le 5^e espace, non déviée, pas de souffle. Rien à la base, battements réguliers deviennent très rapides au moindre mouvement de la malade. Pouls petit. Rien aux poumons. Système digestif : elle se plaint de mal digérer, haleine mauvaise, langue bonne. Un peu constipée. Foie un peu gros, déborde légèrement les fausses côtes, douloureux à la pression.

Urines : Pas de sucre. Léger disque d'albumine.

Etat général. — Teint pâle, blême, muqueuses décolorées. Aurait eu les pieds enflés il y a deux ans. Eruption de sang ? Boutons sur le corps il y a peu de temps. On note une chaîne ganglionnaire indolore dans l'aîne et dans la région de la nuque, céphalée nocturne.

Système nerveux. — Réflexes rotuliens exagérés des deux côtés. Trépidation épileptoïde. Impotence fonctionnelle des membres inférieurs à peu près complète, la malade se tient debout, mais ne peut faire plus de trois ou quatre pas sans tomber, et en se soutenant aux objets environnants. Pas de

douleurs en ceinture ; sensibilité à la piqure, au froid, à la chaleur est intacte.

Elle dit cependant avoir eu des douleurs intenses pour lesquelles elle se pince fortement la peau ?

Pas de douleur à la pression sur la colonne vertébrale, l'épreuve de l'éponge n'a rien donné.

Pas d'inégalité pupillaire ; les pupilles réagissent bien à la lumière et à l'accommodation.

Etat mental. — Insomnie, cauchemar, dort mal, souffre de la tête, maux de tête violents surtout la nuit.

La mémoire paraît conservée. Attitude de mélancolique.

Mimique adéquate : conceptions hypémantiques ; idées d'indignité.

Certificat de 24 heures : Mélancolie symptomatique liée à une profonde déchéance organique et à des lésions du système nerveux.

18 octobre. — Le certificat de situation porte : Maladie grave du système nerveux et albuminurie ; sous l'influence de cette double condition pathologique l'intelligence est diminuée, la malade se laisse aller à un délire mélancolique, avec idées de mort inévitable, anxiété.

Traitement : Pilule de protoïodure de mercure, et iodure de potassium 2 gr. ; antiseptiques intestinaux ; cachets de benzonaphtol et salicylate de magnésie.

8 décembre. — Va mieux ; grâce au traitement, les phénomènes de paralysie ont en grande partie disparus ; il reste un peu d'excitation ; état physique bien meilleur.

15 décembre. — La vue est affaiblie du côté gauche ; aurait eu un traumatisme à la région du sourcil.

1^{er} janvier 1895. — Mieux, toujours un peu excitable. Travaille, dort bien. Céphalée a disparu. Suppression du traitement.

20 janvier. — La trépidation épileptoïde persiste encore à la jambe droite.

2 février. — Guérie, dit qu'elle n'a jamais été malade.

Elle sort sur la demande de son mari.

La malade rentre de nouveau le 27 janvier 1898 avec le certificat d'entrée : Délire mélancolique.

Etat actuel à l'entrée. — La malade est très excitée, elle accuse son mari de brutalités : puis demande à le voir et pleure à son souvenir. Son délire est décousu, incohérent, ne paraît pas hallucinée ? Dort mal ; aspect de mélancolique. Quelques illusions. Teint pâle ; anémie des muqueuses.

Urines : ni sucre, ni albumine.

Les membres inférieurs présentent un état de raideur dont la malade déclare ne pouvoir triompher ; la démarche est légèrement spasmodique. Réflexes rotuliens exagérés, sensibilité normale.

Certificat de 24 heures : Affaiblissement intellectuel. Troubles mélancoliques avec idées de persécution.

12 février. — Troubles démentiels liés à une encéphalite spécifique diffuse.

23 avril. — Etat mental bon. Travaille toute la journée. Etat physique bon, sa sortie sera signée demain.

25 avril. — Plus de signes de folie ; la malade est rendue à sa famille.

Traitement : Lait et iodure 2 gr. pendant 2 mois.

Nouvelle rechute ; la malade rentre pour la troisième fois à l'asile de Bron, le 26 février 1899.

Certificat d'entrée : Délire incohérent à forme idées de grandeur.

Extrait du procès-verbal du commissaire de police.

Est méchante, fait du bruit, menace d'incendie ; injurie les gens sans motifs. Elle se croit riche, parle de faire des cadeaux à la première personne venue, s'emporte facilement.

Etat actuel, à l'entrée. — Urines : pas d'albumine, ni sucre, beaucoup d'urates, de pigments.

Réflexes rotuliens très exagérés des deux côtés ; pas de trépidation épileptoïde. Tendance à la raideur spasmodique. Pas de tremblement des doigts ; marche raide, spasmodique. Force musculaire paraît intacte. Pas de troubles de la sensi-

bilité. Rien aux organes des sens. Vue affaiblie, la malade porte des lunettes ; acuité visuelle diminuée à gauche.

Pas de troubles trophiques.

Etat mental. — Incohérence légère. Fond d'érotisme, est excitée, crie, gesticule, chante, pleure, rit sans motifs. Pas de troubles de la parole ; insomnie, céphalée.

Certificat de 24 heures : Excitation cérébrale avec conceptions délirantes un peu diffuses et affaiblissement intellectuel. Quelques troubles moteurs : à maintenir.

Traitement : On fait tous les 8 jours une injection de calomel (huile de vaseline stérilisée 16 gr. et calomel 1 gr. 50) de 1 gr. dans les fosses sous-épineuses droite et gauche.

On les cesse le 1^{er} mai, total 8 injections.

Pas d'accidents locaux. Un peu de gêne momentanée dans le bras correspondant à la piqûre. Pas de stomatite.

2 mars. — Même état. Elle dit qu'on lui fait une piqûre dans l'intention de la paralyser.

15 mars. — Est persécutée, dit que son mari lui veut du mal. Dort peu.

Avril. — Est mieux ; état physique bon.

Mai. — Peut sortir.

Enfin, pour terminer nous donnons deux observations déjà publiées en partie par M. Devay (1) et que nous complétons ici. Elles montrent, comme l'observation XXVII, un des modes de terminaison de la folie syphilitique qui s'achève malgré le traitement par une démence à marche lente et à caractère semi-stupide.

(1) DEVAY. De la mélancolie chez les syphilitiques. Congrès de médecine mentale. Bordeaux, 1895.

OBSERVATION XXVI.

(Service de M. le professeur PIERRET.)

Syphilis secondaire. — Mélancolie. — Anxiété. — Obnubilation intellectuelle. — Traitement mixte. — Amélioration. — Rechute. — Marche à la démence.

X..., Andrée, cuisinière, 29 ans, célibataire.

Entre à l'asile de Bron, le 14 mars 1894, avec le certificat : aliénation mentale caractérisée par de l'obnubilation intellectuelle, de l'apathie générale, de l'indifférence pour tout ce qui l'entoure, son attention est difficile à fixer. Elle reste muette et indolente, ne s'occupant de rien et souvent riant sans motif.

Antécédents héréditaires. — Mère morte d'une affection inconnue, père vivant en bonne santé. Frère mort à l'Hôtel-Dieu d'une méningite à 19 ans. Deux sœurs.

Antécédents personnels. — A été à l'Antiquaille trois fois dans le service de MM. Carrier et Aubert.

Syphilis contractée en juillet 1893. Chancre induré, éruption, angine.

Etat actuel. — Cœur : la malade est essoufflée au moindre effort. Souffle intense probablement anorganique. Pouls petit, régulier. Poumons : la malade tousse un peu, pas de crachements de sang. Pas de signes d'auscultation bien nets. Urines : ni sucre, ni albumine.

Etat physique. — La malade a le facies anémique, les muqueuses décolorées. Elle porte la trace de nombreuses papules ; adénopathie généralisée (aine, ganglions sous-maxillaires, nuque). Chute de cheveux.

Système nerveux. — Pas de troubles moteurs. Sensibilité intacte. Pas de zones hystérogènes. La malade accuse une céphalée violente, surtout frontale à exacerbations nocturnes. Pas de troubles trophiques, rien aux organes des sens. Pupilles égales réagissant bien.

Etat mental. — Le masque du visage est immobile, de temps à autre elle sort de son immobilité mimique. Ne parle pas spontanément. Etat mélancolique.

Obnubilation : ne sait où elle est. Insomnie.

Ne cherche pas à s'occuper, ne veut rien faire.

Pas de troubles de la parole.

Traitement mixte KI et Hg.

Vin phosphaté.

5 avril. — Suppression du mercure et de l'iodure, car la malade le vomissait.

3 mai. — Même apathie générale. Traitement mixte. Etat physique meilleur.

4 juillet. — L'état physique est bon. Mais il persiste toujours un fond d'indifférence dans le caractère, presque de la satisfaction.

21 février 1895. — La malade est très améliorée au point de vue physique, elle n'a plus le teint pâle, elle a engraisé. Elle dort bien mieux. Les maux de tête n'ont pas disparu, l'état mental est amélioré, elle aimerait sortir mais n'insiste pas. S'occupe dans la division aux soins du ménage. Elle ne travaillait pas auparavant parce qu'elle était toujours lasse.

Le traitement est supprimé le 1^{er} mars 1895.

L'amélioration se maintient.

Janvier 1898. — Nous retrouvons la malade dans le service de M. Pierret.

Rien au cœur, rien au poumon ; l'appétit est bon, la malade mange bien. Matité hépatique normale, rien dans les urines. Va assez bien à la selle.

Etat physique. — Assez bon, poids 54 kilog. ; pas de traces d'anémie, le teint plutôt bronzé, les cheveux rares. Peau normale lisse, quelques cicatrices blanches dans la région cervicale, pléiade ganglionnaire dans la région cervicale et sus-claviculaire, les ganglions sentis ne dépassent pas le volume d'un grain de chapelet.

Système nerveux. — Station debout est normale. Marche quoique lente n'est pas modifiée. Réflexes rotuliens normaux.

Pas de tremblement, force musculaire un peu affaiblie. Localise, perçoit, sent bien la piqure, la douleur, la chaleur ou le froid.

La malade accuse une céphalée toujours intense, nocturne, sous la forme d'hémicranie. Pupilles égales, réflexes pupillaires normaux. Quelques dilatations variqueuses dans les jambes. Sillons unguéaux multiples et bilatéraux. Pas de troubles moteurs.

Etat mental. — Le sommeil est assez bon, interrompu quelquefois par l'intensité de sa céphalée. Pas de troubles de la parole, l'idéation est lente, les réponses tardent à venir, elle garde toujours une attitude de mélancolique, l'anxiété paraît s'effacer; la malade s'occupe aux travaux de la division, mais sans prononcer un mot, ne parle pas spontanément; la mémoire est affaiblie; la malade ne sait pas exactement son âge, ni où elle est. Elle ne paraît pas du reste s'en soucier beaucoup.

Mars 1899. — La malade a eu une petite bronchite, très bénigne pour laquelle elle n'a même pas gardé le lit.

Mai. — Même état mental.

Réflexions. — L'amélioration qu'avait signalée M. Devay, ne paraît pas s'être maintenue longtemps, il eut été intéressant d'en pouvoir noter la durée, et de rechercher, si possible, la cause de cette rechute; malgré nos investigations, il nous a été impossible d'établir ce point intéressant de notre observation.

OBSERVATION XXVII.

(Service de M. le professeur PIERRET.)

Syphilis secondaire. — *Mélancolie anxieuse avec tendance à la stupeur.* — *Traitement mixte.* — *Etat stationnaire.* — *Marche à la démente.*

X....., 33 ans, tisseuse (fille soumise), entre à l'asile le 10 février 1893, avec le certificat : Etat d'imbécillité et faiblesse d'esprit.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 76 ans d'une attaque. Mère vivante, bien portante. Deux sœurs vivantes.

Antécédents personnels. — Vient de l'hospice de l'Antiquaille (quartier des Chazeaux), où elle est entrée pour la première fois, le 2 février 1892. Elle avait des pertes avec cuisson au niveau des organes génitaux. Quelques mois après (au dire de la malade), est survenue une éruption de boutons, principalement dans le dos ; en même temps, douleurs de tête, chute de cheveux.

Cinq mois après, la malade qui était sortie de l'Antiquaille, y rentre pour de nouveaux accidents (séjour de quatre mois). Dernier séjour depuis la fin de décembre, jusqu'au 3 février 1893.

Etat actuel. — Poumons : le murmure vésiculaire est faible, mais la respiration paraît normale, pas de diminution de sonorité. Cœur : pas de souffle, mais les battements sont faibles, pouls misérable, dépressible ; pas de souffle au niveau des vaisseaux du cou. Appareil digestif : la malade dit qu'elle digère bien (un peu constipée). Urines : ni sucre, ni albumine.

Etat physique. — Sur le dos, une éruption acnéiforme disséminée, la peau est en outre marquée de plaques violacées. A la partie postérieure des bras et à la partie antérieure de la cuisse, éruption de petits boutons miliaires, rougeâtres, rugueux au toucher. Quelques ganglions au pli de l'aîne. Il est très difficile d'examiner la gorge de la malade, qui pleure dès qu'on veut lui introduire une cuillère dans la bouche. Il semble que les piliers sont un peu rouges, mais ne présentent pas de plaques muqueuses. La malade s'est plaint d'un violent mal de gorge ces jours derniers. Quelques ganglions au pli de l'aîne.

Système nerveux. — Réflexes rotuliens paraissant un peu exagérés. Légère ovarie. Céphalée nocturne. Insomnie.

Etat mental. — Il faut arracher les mots à la malade qui répond par monosyllabes, d'une façon niaise et souvent sans avoir l'air de savoir ce qu'on lui demande. Pleure, gémit à

tout propos. Elle pleure parce qu'elle voudrait être morte. Anxiété et stupeur. Laisse ses bras et ses mains dans la position où on les lui met. Pseudo-catalepsie.

Certificat de 24 heures : Débilité mentale, mélancolie anxieuse avec tendance à la stupeur.

Traitement : une pilule de calomel de 0 gr. 01 tous les jours. Sirop d'iodure de fer 30 grammes.

Janvier 1895. — Même état sans modification aucune.

1898. — Il nous a été donné d'examiner la malade à l'asile de Bron; nous l'avons trouvée dans le même état. Elle est amaigrie, garde une fixité absolue dans les attitudes volontaires, garde également, pendant un temps assez long, les attitudes qu'on lui donne, son état cataleptoïde persiste. Anxiété avec demi-stupeur. Regard immobile, figé sur le même point, ébauche d'oméga mélancolique. Les réponses sont lentes, quoique presque toujours précises; la mémoire est peu diminuée. Elle ne sait où elle est. Sommeil bon, mange difficilement, il faut la forcer à manger. De temps à autre elle prend des impulsions méchantes; sans motif, elle frappe les malades, tendance à l'automatisme.

1899, mai. — Même état que précédemment.

CHAPITRE III.

SYMPTOMES.

De cet exposé de faits cliniques, nous pouvons dégager les symptômes les plus saillants, en même temps que les plus intéressants à connaître de l'affection qui nous occupe.

Le début est tantôt brusque, sans prodromes manifestes, dans les observations V, VI, XVI, XIX, XXI XXIII ; quelquefois la psychose spécifique s'installe plus sournoisement, d'une façon insidieuse, souvent le mal de tête ouvre la scène.

Parmi les symptômes les plus fréquents nous devons retenir la céphalalgie avec ses caractères propres, ses exacerbations vespérales, souvent persistants plus ou moins longtemps après la guérison « à la façon « de ces résidus, de ces reliquats céphalalgiques qu'on « observe si souvent durant des années après les infections, la fièvre typhoïde et la grippe par exemple ». (1)

(1) RÉGIS. Psychoses d'auto-intoxication. — *Archives de Neurologie*, avril 1899.

Id. Note sur les délires d'auto-intoxication et d'infection. — *Presse Méd*, 3 août 1899.

L'insomnie peut ouvrir la scène assez fréquemment, associée qu'elle est au symptôme précédent. L'atteinte grave portée à l'état général, les troubles de la nutrition, le syndrome chloro-anémique témoignant des ravages de l'infection, se retrouvent aussi. L'hyperthermie existe dans l'observation VIII ; de la rareté de ce fait nous ne sommes pas en droit de conclure à sa non existence, car la plupart des observations sont muettes sur ce point, la température n'a pas été prise.

Signalons enfin des troubles gastro-intestinaux, la constipation notamment, quelquefois de l'albumine dans les urines.

Du côté de la sphère psychique, la torpeur est presque de règle, allant jusqu'à la stupeur, l'obtusion mentale complète ; à cet état s'associent l'aboulie, la somnolence, l'asthénie, mais il s'en faut que la stupeur soit toujours aussi marquée ; il semble qu'on passe d'une façon insensible de la névrose et des formes neurasthéniques, aux psychoses : mélancolie dépressive, anxieuse ; c'est une question de degré et rien de plus, pour aboutir à la mélancolie avec stupeur ; sous les dehors de l'inertie complète, il s'agit là d'un délire très actif. « Ces malades habitent, dit Ball, une cité imprenable, contre laquelle viennent se briser les bruits de l'extérieur et au dedans de laquelle se joue quelquefois un drame épouvantable. » C'est dans cette forme, surtout dans la mélancolie anxieuse que nous avons vu survenir, dans nos observations, des accès d'agitation, des impulsions dangereuses.

L'obtusion mentale est le corollaire de la stupeur, mais ne doit pas être confondue avec la démence qui est l'affaiblissement intellectuel.

Nous n'avons pas observé de démence primitive aiguë immédiate; la démence n'est qu'une complication, qu'un aboutissant de la syphilopsychose.

L'amnésie constitue un phénomène important. Elle peut s'installer progressivement, ou procéder par saccades; dans des cas plus rares, on voit se produire une sidération complète, subite, de la mémoire. A côté de troubles de la mémoire légers et insignifiants, à côté de l'amnésie toute spéciale qu'on retrouve dans la confusion mentale hallucinatoire, portant sur les choses du moment, et connue sous le nom d'amnésie rétrograde ou antérograde actuelle, on assiste à l'évolution d'une amnésie progressive, partielle d'abord; puis les oublis, les erreurs, les omissions se multiplient et une amnésie vraie, complète, générale se confirme, s'accroît pour ne rétrocéder jamais, témoignant d'une atteinte grave portée aux neurones du cerveau.

Dans d'autres cas, c'est l'onirisme hallucinatoire avec son substratum psycho-sensoriel, l'état de rêve de Lasègue; nous n'en citerons comme exemple que notre observation XXV.

Il y a souvent un véritable état maniaque; ce qui domine dans cette forme c'est l'extravagance des paroles et des actes; une agitation continuelle, un verbiage incessant, le défaut d'enchaînement des paroles et des actes; le malade n'est plus dans son milieu, s'habille, se déshabille sans motif, ne se préoccupe plus de personne; ajoutons à cela l'aspect égaré de la physionomie, les rires sans motif, les gesticula-

tions. « L'intelligence n'est pas éteinte elle est comme absente, comme lointaine. » (RÉGIS, loco citato.)

Le délire systématisé, le délire de persécutions a été signalé par quelques auteurs, notamment par Hagelstein; mais la seule observation sur laquelle il appuie son opinion est très contestable au sujet des rapports de cause à effet entre la syphilis et les conceptions délirantes. Avant de faire la synthèse de ces différents troubles morbides pour essayer d'en dégager les formes cliniques, nous voulons mentionner un signe sur la valeur duquel insiste M. le professeur Pierret (1), en tant que stigmate d'une infection, et que nous avons noté dans les observations XIX, XXI, XXIII. Ce signe a un certain intérêt, car il vient à l'appui de notre théorie toxi-infectieuse de cette catégorie de psychoses; il affirme que le malade subit ou vient de traverser une phase infectieuse évidente, et peut quelquefois aider à établir un pronostic plus certain.

Mais, ce que nous voulons constater encore avant d'en finir avec cette étude générale des symptômes, c'est l'analogie indéniable que nous trouvons entre ces derniers et ceux que M. Régis étudie tout récemment dans le travail que nous avons mentionné; les psychoses d'auto-intoxication. Il semble que ceux-ci ont été calqués sur ceux-là; ce qui montre une fois de plus que les psychoses auto-toxiques sont analogues aux psychoses exo-toxiques dont l'alcoolisme peut être pris pour type. Qu'il s'agisse d'infections d'in-

(1) PAPIILLON. Sillons des ongles chez les aliénés. Thèse, de Lyon, 1895.

toxications exogènes ou autogènes, les unes et les autres ont pour formule clinique la confusion mentale sous l'une quelconque de ses variétés.

Cette idée n'avait pas échappé à James Kiernan (1), qui affirme, en 1880, que les signes des psychoses syphilitiques à la période secondaire sont de tous points comparables à ceux que déterminent l'alcool, les narcotiques, les fièvres essentielles.

Peut-on encore admettre, comme l'ont avancé certains auteurs, que la forme asthénique est le réactif de l'infection syphilitique ; nous ne le croyons pas, les formes avec excitation paraissent aussi fréquentes que les formes dépressives. Ce qui varie ici, ce n'est pas le coefficient toxi-infectieux, qui est une question de plus ou de moins, mais c'est la réaction psychique de l'individu. Comment expliquer autrement, dit M. le professeur Pierret, qu'à quantités égales d'alcool ingérées chez deux individus, l'un a le vin gai, l'autre le vin triste.

Nous pouvons donc tirer déjà quelques conclusions et quoique l'état actuel de nos connaissances ne nous permette pas d'être affirmatif, car le contrôle anatomo-pathologique manque encore à l'heure présente, nous pouvons tenter un essai de classification des syphilopsychoses.

Il ressort de nos observations qu'on peut reconnaître, si on accepte la classification que donne Régis des psychoses d'auto-intoxication :

(1) *Journal of nerve, and mental diseases*. Juillet 1880.

1° Une confusion mentale simple ou asthénique, véritable psychasthénie qui sert de trait d'union insensible entre les névroses asthéniques, la neurasthénie et la forme suivante.

2° Une confusion mentale aiguë ou subaiguë. Dans ce groupe rentre la mélancolie anxieuse, les gémisseurs de Morel et Guislain, la forme de lypémanie aiguë, et de délire hallucinatoire de Fournier.

3° Une confusion mentale avec stupeur ou stupidité aiguë. Les malades de ce genre sont dans un état d'affaiblissement intellectuel et psychique considérable, souvent gâteux, mais ce ne sont que de faux déments.

4° Une confusion mentale suraiguë ou délire aigu beaucoup plus rare.

5° Une psychosesyphilitique chronique qui dure longtemps et qui présente de grandes tendances à la démence; c'est une véritable graduation dans l'état mélancolique qui aboutit à la démence et qui est proche parente de la pseudo-paralysie générale précoce, mais s'en différencie par l'absence de troubles moteurs.

CHAPITRE IV.

ÉVOLUTION. — PRONOSTIC. — MARCHE.

Que deviennent ces syphilopsychoses ? Quelle est leur évolution ? Quel est leur avenir ?

Les syphilopsychoses en général, quand elles sont traitées hâtivement, et d'une façon intensive, guérissent assez vite, leur durée est ordinairement courte ; au contraire, si le facteur étiologique spécifique n'est pas soupçonné, si le traitement est négligé, elles prennent une marche subaiguë, chronique même et le malade devient incurable, telles nos observations XVIII, XXVI, XXVII.

D'autres fois, malgré une évolution assez longue, si le traitement est prolongé, continu, la guérison est encore possible.

Dans une seule de nos observations, XVII, la mort a été notée, et encore était-elle imputable à des lésions spécifiques certaines. C'est un fait rare, exceptionnel, dit Fournier, mais c'est un fait qui peut se produire et sur lequel il est essentiel d'être édifié, il s'agit alors d'une méningite spécifique aiguë.

Les rechutes sont possibles, laissant à chaque fois des résidus intellectuels ; quelquefois la guérison n'est que relative, car il persiste un état d'hébétude plus ou

moins marqué rendant difficile la reprise des fonctions sociales du malade.

Dans d'autres cas, les sujets peuvent verser, à plus ou moins brève échéance, dans la démence, soit simple, soit paralytique ; car toute psychose non traitée, dit Schüle, même lorsqu'elle frappe un cerveau valide, peut conduire à la démence.

Cette évolution a été mise en évidence dans le travail de M. Devay (1) ; aux observations XXVI, XXVII de notre thèse, il en ajoute deux autres : la première (la troisième de son travail) concerne une malade qui contracte la syphilis à l'âge de dix-neuf ans, les troubles mentaux ont apparu vingt ans après et sont caractérisés par de la mélancolie avec idées d'indignité et délire de négation. Elle prétend qu'elle n'a pas de bouche, pas d'estomac, etc. Son état s'est aggravé depuis quelque temps, et marche vers la démence.

La quatrième observation est celle d'une malade atteinte de syphilis il y a 10 ans, prise dès les premiers accidents d'hypochondrie causée par l'ennui d'être syphilitique. Plus tard métrite avec douleurs abdominales. Elle prend des injections chaudes et le délire commence, en même temps que le corps thyroïde s'hypertrophiait légèrement. La malade disait que les injections lui avaient brûlé les intestins, que son boyau était remonté au cou. Entrée à l'asile de Bron, en 1888, elle a des périodes de mélancolie avec stupeur, suivies de rémissions incomplètes de courte durée. A

(1) Congrès de Bordeaux, 1895. *Loco citato*.

partir de 1890, l'état mental s'est transformé et actuellement la malade démente est devenue enfantine dans la parole, les gestes, la démarche, etc.

Ces quatre observations se complètent les unes les autres et forment une sorte de gradation dans l'état mélancolique qui aboutit à la démence, et encore dans les deux dernières dont nous rapportons le résumé, il s'agit de troubles psychiques survenant dix ans et vingt ans après la syphilis.

Quoi qu'il en soit, pour nos syphilopsychoses infectieuses survenant à la période secondaire, la guérison est la plus fréquente : dix-neuf cas de guérison sur nos vingt-sept observations, et encore parmi celles-ci, deux dont la mort est due à une affection intercurrente, deux autres dont la terminaison n'est pas signalée, ce qui fait une moyenne de 82, 5 %.

Mais il s'agit de malades ayant été traités d'une façon sérieuse, ce qui est un argument de plus à cette opinion que nous soutenons avec Fournier ; l'urgence d'une décision rapide et l'opportunité de la médication spécifique.

Le pronostic sera aggravé si la syphilis est méconnue, ignorée, si le traitement n'est pas fait ; en un mot, la gravité du pronostic dépend de la quantité, de la qualité, mais surtout de la durée d'action des toxines spécifiques, car, tel est l'avis de M. le professeur Pierret (1), il ne faut pas que les cellules cérébrales soient intoxiquées trop tôt ni trop longtemps, que cette imprégnation se prolonge, sous peine de voir le cerveau défaillir à plus ou moins brève échéance.

(1) Cours inédit, 1897-1898. Leçons sur la grippe. Lyon.

CHAPITRE V.

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic symptomatique facilité par l'étude clinique détaillée que nous venons de faire, ne nous arrêtera pas, pour la simple raison que les syphilopsychoses de la période secondaire n'ont pas de caractère particulier, d'attribut pathognomonique spécial de nature à révéler leur origine; les troubles intellectuels sont là ce qu'ils sont dans les autres infections, et peuvent en revêtir les différentes modalités.

Une forme attire spécialement l'attention; ce sont les mélancolies à allures démentielles avec amnésie, les mélancolies avec stupeur. Ces modalités cliniques doivent faire songer à la syphilis acquise, souvent même à la syphilis héréditaire tardive; ce dernier point sera un côté délicat et intéressant du diagnostic, nous n'en voulons pour preuve que l'observation suivante que nous devons à l'obligeance de M. Devay.

OBSERVATION XXVIII (1).

X....., Charles, 15 ans, sans profession.

Les renseignements ont été fournis par le médecin de la famille.

Antécédents héréditaires. — Du côté paternel, un cousin a été traité à Ivry, dans la maison de santé du Dr Luys.

Du côté maternel, le grand-père est mort d'une affection cérébrale, deux oncles morts de méningite tuberculeuse; la grand'mère est une originale, une excentrique.

Le père, avant son mariage, a eu une maîtresse manifestement atteinte de syphilis; cependant, chez lui, plusieurs médecins consultés n'ont jamais trouvé aucun signe de cette affection. La mère a eu, au début de son mariage, deux grossesses qui ne sont pas arrivées à terme; après la première fausse-couche, elle a été atteinte de psoriasis palmaire.

On peut donc penser à une syphilis très probable.

Antécédents personnels. — Le malade est né à terme (troisième grossesse), il a eu deux frères plus jeunes que lui et qui sont intelligents. Le malade a présenté une maladie d'yeux, sur laquelle le malade n'a que de vagues renseignements, sauf qu'elle a été guérie par le traitement spécifique. A 7 ans, a eu une gomme du tibia, qualifiée d'ostéomyélite, mais qui a guéri à la suite des frictions mercurielles et de l'iodure. Onaniste.

Histoire de la maladie. — Depuis quelques années l'enfant présente des scrupules exagérés. Il voulait se confesser toutes les heures : s'accusait de se livrer à l'onanisme. En pension, n'ayant aucune application au travail, le directeur, sous un prétexte quelconque, prie sa mère de le retirer. Placé comme externe dans un collège, il n'a pas mieux travaillé.

(1) Résumée dans l'*Echo médical de Lyon*, 15 avril 1899.

En juillet 1897, a été atteint de vertige avec perte presque complète de la mémoire, même des faits les plus récents. Il a été conduit à Paris, d'abord chez le Dr Hutinel, qui pensa à l'hystérie et prescrivit la liqueur de Fowler, puis, chez le Dr Dieulafoy, qui fit le diagnostic « d'état mental chez un choréique », et ordonna des douches.

Puis, brusquement, en septembre 1897, il a été pris d'une crise hallucinatoire, pendant laquelle il disait qu'il voyait l'Antechrist, Lucifer, etc., se croyant damné.

Il vient à l'asile d'aliénés de Saint-Jean-de-Dieu, le 6 novembre 1897, avec le pronostic « manie de la puberté ».

Il a perdu complètement la notion de temps et de lieu, croit entrer au noviciat des Dominicains.

L'intelligence paraît faible; il est dans un état d'instabilité, soit physique, soit intellectuelle. Il ne peut rester en place, allant de droite et de gauche, regardant de tous côtés, comme s'il était ahuri. Son attention se fixe, mais d'une façon très transitoire.

Etat physique. — Pouls très rapide, 120 à 130. Les membres sont agités de mouvements en quelque sorte choréiques, la face aussi; il fait presque des grimaces. Rien au cœur. Constipation habituelle.

Le malade, ayant des intervalles de calme et d'agitation, sort le 18 décembre 1897, dans le même état. On ne lui a fait qu'une injection de calomel.

Rentre le 1^{er} janvier 1898. Agitation, hallucinations de la vue, il souffle sur les esprits pour les chasser. Délire incohérent. Gâtisme.

Le malade est soumis à un traitement spécifique; injections de calomel et potion iodo-iodurée identique à celui des paralytiques généraux. Les injections sont faites tous les huit jours.

Le traitement dure trois mois sans amener aucune modification, les hallucinations et l'agitation persistent, le gâtisme est continu. En avril, les hallucinations de la vue disparaissent complètement en même temps que le gâtisme. En

mai, le malade a des réponses sensées, la mémoire revient peu à peu, en même temps que l'intelligence se développe. En juin, la mémoire est complète aussi bien des faits actuels que des faits anciens, amélioration évidente, le malade est susceptible d'application. Juillet, l'amélioration étant plus manifeste encore, le malade sort complètement guéri en août 1898.

La guérison s'est du reste maintenue; le docteur Devay, qui a eu l'occasion de revoir le malade, a constaté qu'il allait bien, travaille bien à la pension où il est, alors qu'avant même l'éclosion des troubles mentaux, il était incapable d'aucune attention, d'aucun travail intellectuel soutenu.

Comme le fait remarquer le docteur Devay, cette observation est intéressante, à cause de la netteté de l'influence syphilitique dans l'éclosion de la manie et de la guérison par suite du traitement spécifique. (Les injections de calomel ont été faites tous les huit jours à partir du mois de janvier 1898, et cessées en juin 1898, sans qu'aucun accident, ni local, ni général ne soit noté.)

Mais plus difficile sera le diagnostic étiologique qui affirmera l'existence de la syphilis, et M. Régis a raison quand il soutient que la recherche de la syphilis en l'absence de tout stigmate, est chose délicate et, qu'avant de déclarer si un sujet est syphilitique ou non, il a fallu recueillir sur son compte tous les documents possibles.

Le critérium du diagnostic le plus certain réside toujours dans la découverte du facteur étiologique.

Nous ne pouvons nous étendre longuement sur la méthode qu'il faut suivre pour aller à la recherche de cette infection. Les données anamnestiques ne sont pas les seules à fournir de précieuses indications à ce sujet. Ce sont surtout les altérations spécifiques objec-

tivement retrouvables et encore existantes, ou les traces qu'elles ont laissées après elles.

Souvent on assiste en même temps qu'à des manifestations psychiques morbides, à l'évolution d'accidents spécifiques évidents ; souvent aussi la syphilis est notoirement connue, soit que le malade vienne d'un service de vénériens, soit que les révélations soient faites par la famille, au médecin ; là, rien de plus facile.

Mais en dehors de ces cas, que peut-on attendre de l'interrogatoire d'un malade qui délire, qui ne comprend même pas ce qu'on lui demande ou qui ne répond pas. La famille, si le malade en a, ignorante des faits que recherche le médecin, est incapable de fournir aucun renseignement, et là souvent, dit Fournier, il y a plus à espérer des amis, des camarades, des compagnons de plaisir. Nombre de malades n'ont rien plus à cœur que de dissimuler ou de laisser ignorer à leur famille leur état de syphilis, tandis qu'ils n'en font pas mystère à leurs camarades, à leurs amis, aux jeunes gens de leur âge.

Dans ces cas, l'enquête est encore facile. Mais que dire des syphilis ignorées des malades ou dissimulées par eux, ce qui revient au même ? La fréquence de ces faits vient d'être mise en lumière dans un travail récent, inspiré par M. Cordier à M. Viannay (1), son interne. Ce dernier établit que, malgré l'interrogatoire le plus minutieux, même lorsqu'il est possible, il faut s'attendre à ne trouver aucun antécédent dans plus de la moitié des cas.

(1) *Annales de Dermatologie*, 1894.

Ces faits montrent une fois de plus avec quel soin on doit, dans les affections mentales, étudier l'enchaînement des symptômes et rechercher la syphilis dans les antécédents du malade.

Ce n'est souvent qu'à force de patientes recherches qu'on parvient à trouver la syphilis en dépit des négations du malade ou de celles de ses proches.

On ne doit pas perdre de vue que l'infection spécifique est un facteur troublant dans l'étiologie des maladies du cerveau, il faut fréquemment penser à elle, la prévoir ou la suspecter, surtout lorsqu'on est dérouté par l'incohérence des symptômes. Comme il n'y a rien à perdre, mais plutôt beaucoup à gagner, on n'hésitera pas, même dans le doute, à instituer un traitement spécifique qui sera du moins une pierre de touche : *naturam morborum curationes ostendunt*.

Et « c'est un véritable devoir professionnel pour le médecin, en pareils cas, que de savoir prendre un parti net et immédiat, au milieu des incertitudes et des obscurités du fait clinique, en dépit des oppositions et des résistances qu'on peut rencontrer » (Fournier).

Un dernier point de diagnostic est intéressant à signaler : Peut-on distinguer un aliéné devenu syphilitique, d'un syphilitique devenu aliéné ; en d'autres termes, si un malade entre à l'asile présentant à la fois des troubles mentaux et des accidents syphilitiques, est-il possible de distinguer cliniquement s'il s'agit de troubles mentaux dus à la syphilis ou d'une syphilis survenue chez un aliéné d'autre origine ?

Il n'est guère possible, en l'absence de commémoratifs, de résoudre la question, par le seul examen des sujets, sauf peut-être pour la mélancolie avec amnésie et tendance à la stupeur frappant un sujet jeune.

L'intérêt de la question est du reste plus théorique que pratique, le traitement devant être institué dans tous les cas et demeurant le terme ultime du contrôle.

CHAPITRE VI.

ÉTIOLOGIE.

A la lueur de tous ces faits et de toutes ces opinions sommes-nous actuellement en état de répondre à cette délicate question :

La syphilis peut-elle produire la folie ?

On voit quelquefois des individus non syphilitiques qui, à l'occasion d'une éruption de nature quelconque, voire même sans lésions cutanées appréciables, se croient atteints du mal vénérien et, sur cette idée fausse, l'imagination troublée par la lecture de manuels plus ou moins populaires et partant dénués de toute valeur scientifique, intoxiqués par cette idée, greffent toute une série de conceptions délirantes.

La syphilis agit ici en tant que cause psycho-morale ; à ce propos nous rapportons l'observation suivante qui est pleine d'intérêt.

La malade est indemne de toute syphilis; d'elle-même elle est allée dans le service de M. Gailleton, où aucune trace de spécificité ni actuelle, ni ancienne n'a été

constatée; envoyée à l'asile de Bron, depuis son entrée nous n'avons remarqué aucun accident syphilitique. Malgré cela, nous l'avons traitée comme telle, par les injections de calomel, sans bénéfice aucun; encore étions-nous en droit d'espérer une amélioration. S'il se fut agi d'une syphilomane hystérique, l'action morale du traitement eût été possible. C'est donc une objection excellente à opposer aux auteurs qui ne voient dans la syphilis qu'une coïncidence ou qu'une action purement morale, pour produire la folie; il y a quelque chose de plus dans les faits que nous avons publiés et où le traitement spécifique a eu de bons résultats.

OBSERVATION XXIX (Personnelle).

(Service de M. le professeur PIERRET.)

X..., Antoinette, 24 ans, domestique.

Antécédents. — Père mort il y a quatre ans. Mère morte en couches. La malade aurait été réglée à 16 ans. Elle affirme qu'elle est atteinte de syphilis qu'elle aurait contractée, il y a quatre ans avec son patron; et qu'elle a été soignée pour cette maladie dans le service du professeur Gailleton.

Ayant voulu contrôler les affirmations de la malade, nous avons consulté son observation dans le service de l'Antiquaille; malgré les minutieuses recherches du chef de service, on n'avait trouvé aucun signe de spécificité, et on était arrivé à conclure à de la névropathie par syphilomanie.

La malade entre à l'asile de Bron le 25 septembre 1898, avec le diagnostic : aliénation mentale et idées de suicide.

Etat actuel : examen somatique. Cœur hyperkynétique. Pouls 80. Rien aux poumons. Langue assez bonne. Dentition

intacte. Ventre souple. Constipation, corde colique à gauche. Appétit médiocre.

Urines : ni sucre, ni albumine.

Rien aux organes génitaux. Pas de cicatrices, pas de lésions spécifiques. Pas de ganglions inguinaux. Etat physique bon. Taille moyenne, la malade est bien conformée. Pas de calvitie, pas d'adénopathie cervicale, pas de lésions ni sur le corps ni dans la bouche.

Examen du système nerveux. — Pas de troubles moteurs, tremblement émotif des mains très manifeste quand on fait écrire la malade. Elle dit avoir souffert de céphalées intolérables qui lui enlevaient tout sommeil. Pas de zones hystérogènes nettes. Tremblements à l'occlusion des paupières. Réactions pupillaires normales. Sillons bilatéraux des ongles.

Etat mental. — La malade, à son entrée, a d'abord gardé le mutisme le plus absolu, mais pressée de questions elle finit par répondre.

Elle raconte qu'étant fille de ferme son patron lui aurait donné la syphilis ; elle a, dit-elle, lu beaucoup de manuels ayant trait à la question, et elle sait qu'elle ne pourra jamais guérir.

Pas de troubles de la mémoire. Parole normale. Est peu expansive, ne parle qu'avec beaucoup de réticences. Quand on lui demande des détails sur son affection : « Vous le savez bien mieux que moi, » répond-elle.

Actuellement ne souffre plus de la tête.

Conceptions hypocondriaques. Nervosisme.

Syphilomanie. Insomnie.

La malade a été soumise au traitement spécifique. Dix injections de calomel ont été faites. La malade est encore à l'asile, sans modifications aucune de ses troubles mentaux.

Zambaco va même jusqu'à incriminer l'élément douleur dans la genèse de la vésanie.

La folie syphilitique liée à des gommés, de l'artérite, de la méningite est un fait qui n'est contesté par personne.

Mais tous ces points d'étiologie ne sont pas à discuter dans notre thèse sous peine de nous écartier des limites que nous nous sommes tracé.

Pas plus que Fournier, nous n'avons la prétention de dire qu'il existe une folie essentiellement syphilitique, spéciale, spécifique; mais, avec lui, nous admettons que les psychoses peuvent reconnaître comme origine, comme facteur étiologique, la syphilis toxique, et qu'elles sont passibles du traitement spécifique.

Nous devons répondre à plusieurs objections d'auteurs qui, comme Follin, Zambaco, Mauriac, Savage, Mairé etc., mettent en doute cette hypothèse.

Trop souvent, disent-ils, on a conclu à la syphilis alors que celle-ci n'existait pas ou seulement parce qu'elle était affirmée par le malade sans constatations spécifiques préalables ou évidentes. Quoique cette objection ait peu de valeur et qu'elle naisse pour les maladies infectieuses en général, nous avons voulu y répondre d'avance.

Nous n'avons choisi que des observations où la syphilis a été constatée d'une façon évidente; pour quelques-unes de nos observations personnelles nous avons assisté nous-même à l'évolution des accidents spécifiques; pour les autres nous avons eu l'avis de syphilographes autorisés. Cette objection tombe d'elle-même. Ces mêmes auteurs disent que « le rôle pathogénique de la vérole n'est rien moins que

démontré, qu'il n'y a qu'une simple coïncidence entre la folie et la syphilis ».

A cette objection nous répondrons encore par nos observations et nos succès thérapeutiques.

Si nous étions resté inactif que seraient devenus nos malades ; qu'on lise à ce propos l'observation VII du Dr Barthélemy, elle est instructive.

Si nous avions admis cette coïncidence seule, le traitement spécifique eût été inutile, nous aurions traité nos délirants comme des aliénés, les gavant de bromure, de chloral, de morphine, etc., pour n'en faire souvent que des chroniques de plus.

On tend à accorder de plus en plus au rhumatisme, à la tuberculose, au paludisme, aux maladies infectueuses aiguës un rôle dans la genèse des psychoses, et dans ces cas, sera-ce la psychose ou l'infection que l'on traitera ?

Or, à sa période secondaire où nous l'étudions, la syphilis n'est-elle pas l'analogue des maladies infectieuses par sa marche, ses accidents éruptifs, sa fièvre quelquefois ? Pourquoi lui refuser ce qu'on concède aux premières ?

Les psychoses syphilitiques sont-elles fréquentes ? Les statistiques données par Hagelstein et tirées des auteurs n'ont qu'une faible valeur car dans ces énumérations, les folies symptomatiques de lésions cérébrales spécifiques entrent pour une large part. On peut affirmer toutefois que ces psychoses existent, quoique peu fréquentes, qu'elles apparaissent en même temps que la période secondaire, c'est-à-dire environ vers le quarantième jour de l'accident primitif, qu'elles

précèdent rarement, qu'elles suivent quelquefois la phase éruptive. L'observation des faits, nous a permis avec Fournier de poser les conclusions suivantes :

1° Toute syphilis bénigne, moyenne ou grave dans ses premières manifestations peut être suivie de pareils accidents.

2° Ce seraient les syphilis graves, ou encore les syphilis bénignes, mais méconnues et non traitées qui paraissent fournir le plus fort contingent aux accidents de cet ordre.

Pourquoi les syphilitiques font-ils du délire ?

On est en droit de se demander pourquoi tous les syphilitiques ne deviennent pas aliénés ; c'est encore aux faits cliniques que nous demanderons des enseignements.

Dans certains cas, une hérédité vésanique plus ou moins lourde est de toute évidence ; dans d'autres on a constaté des accidents de la première enfance qui ont fait de ces malades des cérébraux (Lasègue), des cicatriciels (Pierret), mais à côté de ces faits où la prédisposition apparaît nettement, on en rencontre d'autres où les recherches sur les antécédents héréditaires ou personnels sont absolument négatifs. N'a-t-on pas assez fouillé ces antécédents, ou bien faut-il encore tenir compte d'autres facteurs qui aident la syphilis à éveiller les sympathies cérébrales ?

Les malades pour lesquels une enquête minutieuse a pu être établie, sont fréquemment des alcooliques ; et cette association de l'alcool et de la vérole, sorte de syndicat pathologique, n'avait pas échappé aux anciens observateurs, l'un d'eux en avait fait l'alcoolature de

vérole. Or, on sait que l'alcool aggrave les infections, les diathèses ; il est capable de créer avec ces maladies déjà dangereuses par elles-mêmes, les plus redoutables hybridités morbides ; aussi, modifiant un peu la phrase de Fournier, pourrions-nous dire : « L'alcoolisme fouette la syphilis, il exagère ses formes graves et précoces, la rend ulcéreuse, cérébrale, *mentale* ; l'alcool pousse au cerveau, comme il pousse à la peau. »

Le surmenage intellectuel, les chagrins, les fatigues, les excès, peuvent être des causes adjuvantes au même titre que l'alcool. Chez l'homme, comme le fait remarquer Roger, le cerveau est prédisposé de par son fonctionnement si actif aux localisations toxiques ou infectieuses.

M. Bories (1), s'appuyant sur l'autorité de ses maîtres les docteurs Legrain et Gémy, fait une intéressante constatation.

La syphilis est très fréquente dans les tribus algériennes, aussi bien en Kabylie que chez les Sahariens, et les localisations encéphaliques sont rares chez ces peuples : c'est que l'organe cérébral de l'indigène travaille moins, et paraît pour cette raison, à l'abri des affections qui semblent le produit du surmenage et de la vérole.

Le docteur Bruce, dans son rapport du gouvernement des Etats-Unis, a remarqué que la folie a été en augmentant chez les nègres depuis leur émancipation. C'est ce qui explique que Fournier ait pu dire que la syphilis

(1) Manifestations encéphaliques de la syphilis héréditaire. Thèse de Lyon, 1898.

se localise de préférence sur le cerveau des surmenés. La vie, en effet, est devenue pour tous une véritable lutte, et pour l'observateur attentif les causes de suractivité cérébrale se constatent à chaque instant ; mais s'il y a une extension considérable de la nervosité en général, si la race civilisée se cérébralise, il y a aussi une plus faible capacité de résistance qui explique l'extension rapide autant que terrible des maladies mentales.

Supposons un cerveau débile, souffrant d'une faiblesse de résistance vis-à-vis de toutes les causes morbides, affaibli encore par des influences morales dépressives, par des agents traumatiques ou toxiques, il offrira un champ plus propice au développement et à la propagation de l'infection syphilitique, qu'un cerveau sain et bien conditionné, puisqu'il sera moins apte à soutenir l'agression et à la neutraliser : *Si qua pars ante morbum laboravit, ibi morbi sedes erit.*

C'est seulement ainsi qu'on doit entendre la prédisposition, c'est la manière dont la comprend notre maître, M. le professeur Pierret (1) ; c'est la plus féconde, la plus utile, car, à l'encontre des conceptions fatalistes et mystérieuses de la théorie de l'hérédité, elle ne rend pas la thérapeutique inactive.

En résumé, il est donc permis d'admettre que la syphilis peut, par elle-même, provoquer l'apparition de vésanies chez des sujets dont les prédispositions, si tant est qu'elles existent, n'auraient pas été suffisantes à elles seules à en amener l'éclosion.

(1) Société des Sciences médicales de Lyon, 20 octobre 1897.

CHAPITRE VII.

PATHOGÉNIE.

Nous venons de voir que la syphilis pouvait produire des psychoses, nous nous sommes demandé pourquoi elle les faisait naître, il ne nous reste plus qu'à élucider le problème pathogénique, le mécanisme par lequel on peut expliquer ces troubles morbides.

Les détails que nous avons donnés en faisant l'historique de la question, nous permettront d'être bref, et d'éviter des redites.

Un certain nombre d'auteurs ont invoqué l'anémie : Rayer, Grisolle, Vidal de Cassis, Ricord, Dagonet, Hildenbrandt, Wille.

Grassi a, en effet, démontré par l'analyse du sang d'un grand nombre de syphilitiques à la période secondaire, qu'il existe toujours à cette période une hypoglobulie notable.

L'anémie est donc réelle dans la syphilis secondaire, mais comme le fait remarquer Zambaco, cette théorie tombe devant ce fait constant que les mercuriaux qui

augmentent encore l'anémie constituent précisément le véritable traitement spécifique des syphilopsychoses comme de l'infection elle-même.

D'autres, comme Kiernan, les expliquent par l'hyperthermie de la fièvre secondaire, mais outre que cette fièvre n'existe pas toujours, elle n'est, quand elle existe, qu'un accident, un symptôme non obligé de la vérole.

La théorie qui paraît rallier le plus de suffrages est celle de l'infection ou de l'intoxication qui est admise par Mickle, Régis, Parant, Kowalewsky, Séglas, Cullerre, Dana, Barthélemy, Weill, Spillmann et Hagelstein. Cette théorie s'appuie sur la nature de la syphilis qui souvent évolue à la façon d'une maladie infectieuse aiguë.

Les observations nous montrent, en effet, les recrudescences des manifestations vésaniques accompagnées d'une fièvre à forme spéciale, connue aujourd'hui sous le nom de fièvre syphilitique, ce qui explique que Fournier ait assimilé la syphilis à une fièvre éruptive.

De nombreux travaux ont montré que les maladies infectieuses peuvent toutes, au même titre que les diverses intoxications, donner naissance à des troubles mentaux.

Il semble donc logique d'admettre que l'infection syphilitique est capable à elle seule d'agir sur le cerveau et de lui imprimer des modifications qui, suivant la nature du terrain, évolueront du côté des psychopathies (Pierret, Belous).

L'observation clinique appuie cette manière de voir, par les allures de ces psychoses, en tout point comparables aux délires toxiques.

Cette théorie semble plus légitime encore, si l'on envisage l'heureuse action du traitement mercuriel à la fois sur la psychose et sur l'infection causale.

Mais quel est le mécanisme intime ? Il sera difficile de répondre tant que la nature de la syphilis ne sera pas connue. Qu'il s'agisse de microbes (Von Niessen), ces bohèmes de la pathologie (Pierret), qu'il s'agisse de toxines, le résultat est le même. Il n'y a pas unitoxie, mais polytoxie. A côté du poison spécifique, il faut tenir compte d'auto-intoxications sur le rôle desquelles M. le professeur Pierret a particulièrement insisté : le rein, le foie, l'intestin, la peau fonctionnent mal chez les infectés comme le sont spécialement les syphilitiques ; ils font d'abord de la mauvaise chimie élémentaire, puis sont soumis à des intoxications secondaires qui aboutissent à des modifications humorales.

Quoi d'étonnant que ces malades délirent, ce sont des gens qui font de la chimie anormale, qui se traduit par une physiologie mentale imparfaite. Tout acte psychique a un substratum anatomique du fonctionnement duquel il est le résultat ; quand l'acte psychique est dévié, c'est qu'il y a une altération pathologique de ce substratum. Quelle est la nature de cette altération ? Tout se réduit à des modifications très délicates dans la nutrition des éléments nerveux, modifications qui sont la cause du délire et qui échappent à nos moyens d'investigation actuelle.

Si donc nous admettons les relations entre les psychoses et la vérole, nous devons avouer que la connaissance de la nature intime de ces relations est encore enveloppée de beaucoup d'obscurité.

« Cette altération, pour échapper à notre découverte n'en est pas moins obligatoire, nous pouvons provisoirement renoncer à la connaître, jamais à la supposer. » (Lasègue, *Etudes médicales*.) S'il est vrai qu'il n'y a pas de trouble fonctionnel sans altération organique corrélative, il est certain que les vésanies et les névroses se relient à des modifications histo-chimiques des éléments nerveux, et qu'un jour la chimie biologique, l'analyse spectrale pourront donner des éclaircissements.

A supposer que la doctrine de l'infection et des intoxications, cède la place à quelque autre dans un avenir éloigné, nul ne pourrait soutenir qu'elle n'a été d'aucun secours à la psychiatrie, et qu'elle n'a pas contribué, dans une large mesure, aux progrès de la clinique des affections mentales.

Après les considérations pathogéniques que nous venons d'émettre, il semble que l'anatomie pathologique des psychoses syphilitiques ne puisse être faite nos observations ne nous apprennent rien à ce sujet, car jamais il n'y a eu pour elles de vérifications nécropsiques, et celles, très rares d'ailleurs, où l'examen a pu être fait, sont négatives sur ce côté intéressant de la question.

Mais, nous basant sur l'analogie clinique et étiologique avec certaines vésanies infectieuses ou post-infectieuses, n'est-il pas permis, au moins pour quelques-unes d'entre elles, d'en supposer les lésions ?

Procédant par analogie, ne peut-on pas, avec MM. Pierret et Devay (1), considérer quelquefois les

(1) Congrès de Bordeaux Médecine mentale. Loco citato.

syphilopsychoses, surtout les formes à processus infectieux grave, comme pouvant présenter les mêmes lésions histologiques, consacrées et décrites par notre Maître, à propos d'un cas de méningo-encéphalite grippale.

Ce n'est qu'une hypothèse; peut-être l'avenir viendra en apporter la confirmation.

CHAPITRE VIII.

TRAITEMENT.

Les maladies dont la médecine triomphe le plus sûrement sont les infections pour lesquelles elle a trouvé les médicaments spécifiques ; or, s'il en est une contre laquelle la thérapeutique est la mieux armée, c'est sans contredit la syphilis.

Plus que jamais, nous devons, comme ne cesse de le répéter M. le professeur Pierret, traiter nos malades « en médecins » et avoir l'air, en quelque sorte, d'oublier les troubles psychiques, car, dans la médecine des aliénés comme dans tout autre, se préoccuper exclusivement des désordres mentaux, disait Lasègue, c'est marcher droit vers le découragement et l'inaction.

C'est donc au traitement causal spécifique que nous aurons recours ; la formule donnée par Fournier (1) nous semble très exacte dans les cas que nous avons

(1) Loc. citato.

étudiés ; il faut que le traitement soit *précoce, énergique, prolongé*. Tous les arguments de la doctrine de temporisation sont aujourd'hui réduits à rien ; l'accord est fait, unanime, nous semble-t-il, pour combattre la redoutable infection, non seulement avec toute la vigueur, la méthode, l'intensité et la persévérance nécessaires, mais aussi avec toute la rapidité possible. Dans nos cas de folie syphilitique, il semble que là, plus qu'ailleurs, il faille agir vite, et habilement saisie, cette indication est un premier pas, un pas immense fait vers la guérison.

De toutes les médications spécifiques, la plus puissante dont nous disposons jusqu'à ce jour est la médication mercurielle qui, d'après Trousseau et Pidoux, « produit souvent de véritables miracles, bien faits pour enthousiasmer les praticiens ».

Nous n'avons pas la prétention de passer ici en revue les différentes méthodes préconisées pour le traitement de la syphilis et en particulier de la syphilis cérébrale ; ce serait dépasser les limites du plan que nous nous sommes tracé ; il suffira du reste de consulter à ce sujet le travail de Fournier (1) qui a tracé de main de maître les règles de ce traitement.

Nous avons employé depuis plus d'un an, dans le service de M. le professeur Pierret, les injections intra-musculaires de calomel préconisées par Scarenzio et appuyées sur l'autorité de Smirnoff, Balzer, Jullien, etc. Sans prendre parti pour ou contre les injections de sels insolubles, nous allons rapidement

(1) Syphilis du cerveau, p. 596.

faire connaître les résultats de notre expérimentation. L'injection dont nous nous sommes servi est celle de Balzer dont voici la formule :

Huile de vaseline stérilisée, 16 gr. ;

Calomel, 1 gr. 50.

Il faut d'abord s'assurer si l'organisme est capable de le supporter et de l'éliminer, donc faire l'examen qualitatif et quantitatif des urines, puis prescrire les soins antiseptiques de la bouche : brossage des dents avec des dentifrices, gargarismes, etc., pour prévenir, dans le domaine du possible, les complications telles que stomatites, gingivites, glossites. Le lieu d'élection que nous avons choisi dans tous nos cas pour la piqûre, a été la fosse sous-épineuse gauche. Pour faire l'injection, le plus simple est de se servir d'une seringue de Pravaz ordinaire, armée d'une aiguille en platine iridié. La région est préalablement lavée à l'éther, puis à la liqueur Van Swieten ; la seringue rigoureusement aseptisée et remplie de la solution, l'aiguille bien flambée est poussée dans toute sa longueur en pleine masse musculaire, l'injection est faite modérément, puis l'aiguille retirée brusquement, la petite plaie est recouverte de collodion. Tel est le manuel opératoire que nous avons constamment suivi. Nous ferons ici une remarque, c'est qu'il faut agiter vivement la solution et opérer vite pour ne pas laisser le temps au calomel, en suspension dans l'huile, de se précipiter dans ce véhicule. Nous conseillons aussi de faire tiédir au bain-marie, la solution, quand la température ambiante est froide.

L'injection est répétée tous les dix jours, ce qui correspond, pour 1 gramme de solution Balzer, à 0 gr. 80 cent. de calomel injecté à chaque séance ; on peut poursuivre assez longtemps l'emploi de cette méthode qui, lorsque l'intégrité des gencives, et l'absence d'albuminurie est constatée, n'offre que de très rares dangers.

Dans quelques cas, la sédation des perturbations morbides apparaît assez rapidement, nos observations en font foi.

Sur un total de 150 injections, il nous a été rarement donné d'observer des accidents ; la température que nous avons fait prendre soigneusement à tous nos malades n'a jamais dépassé 38°. Nous n'avons noté qu'un cas de stomatite, 2 cas de gingivite. Jamais d'accidents généraux ; quelquefois des nodosités, plus souvent un peu de parésie dans le bras correspondant et une douleur toujours supportable et disparaissant assez vite. C'est ce qui ressort aussi du travail déjà cité de M. Devay.

A côté de ces quelques inconvénients, nous avons trouvé de nombreux avantages à son emploi surtout chez les aliénés, car les frictions sont d'une application difficile, ou sont mal faites ; les pilules et les liquides sont refusés par les malades, et ce mode de traitement échappe à tout contrôle. Les injections intra-musculaires ne sont pas passibles du même reproche ; faites par le médecin lui-même, ce dernier est sûr de l'introduction du médicament chez son malade et de ses effets.

C'est donc une méthode qui devra entrer davantage dans la thérapeutique des aliénés, chez lesquels l'introduction d'un médicament par d'autres voies est souvent difficile, quelquefois même impossible. Enfin, les injections de calomel répondent à une autre indication, celle de lutter contre la vérole de la façon la plus énergique, et d'en atténuer le plus facilement l'intensité, la virulence, la durée (1) — surtout à la période secondaire. On pourra aussi associer l'iodure de potassium, comme nous l'avons fait quelquefois, à titre d'adjuvant de la médication mercurielle.

Traiter la syphilis, c'est élémentaire; mais il ne faudrait pas croire que là se borne la tâche du thérapeute. Nous avons vu que le rein, le foie, l'intestin, la peau même par leur mauvais fonctionnement peuvent apporter un nouvel appoint polytoxique qui ne peut qu'agir d'une façon néfaste sur l'évolution des phénomènes psychiques; de là, une nouvelle série d'indications thérapeutiques que nous ne faisons qu'esquisser, faire cesser la constipation, employer les antiseptiques intestinaux, favoriser la diurèse, etc.

L'état général sera soutenu par les toniques sous toutes les formes : l'hydrothérapie devra être préférée au bromure de potassium, au chloral, qui n'exercent aucune influence directe sur la maladie, et qui n'apportent qu'un calme trompeur à l'éréthisme nerveux.

Tels sont les préceptes généraux qui doivent servir de base au traitement des syphilopsychoses.

(1) M. Augagneur, quoique non partisan des injections sous-cutanées de mercure, reconnaît toutefois que ce traitement, grâce à sa rapidité, son instantanéité n'a de l'importance presque uniquement que dans les syphilis cérébrales. (*Soc. de Dermat. et de syphil.* Lyon, août 1894.)

En résumé, il faudra donc toujours traiter ces délirants comme des syphilitiques; à ceux mêmes qui n'admettent qu'une simple coïncidence nous demanderons de ne pas rester inactifs. Si quelquefois nos efforts auront été inutiles, souvent nous pourrons enregistrer des guérisons.

Aux idées que nous venons d'exposer, on peut faire immédiatement une objection toute naturelle. Certains de nos malades ont déjà subi un traitement spécifique; quelques-uns nous arrivent même par transfert d'un hôpital de vénériens. Les troubles mentaux se sont développés malgré le traitement et n'ont pas disparu sous son influence; c'est donc qu'il existe à côté de la syphilis quelque chose de particulier et de surajouté, une vésanie, une psychose qui ne cèdera qu'à des moyens spéciaux.

Il nous est très facile de répondre à l'objection. Ces cas sont relativement rares, c'est précisément parce qu'on y traite la syphilis d'une façon sérieuse qu'on voit très peu de troubles mentaux dans les hôpitaux de vénériens. Quant à ceux qu'on y observe, c'est qu'on n'a pas eu le temps de continuer le traitement assez longtemps et avec assez de vigueur, et qu'il est trop pratique de les transférer immédiatement à l'asile pour ne pas user de ce moyen.

Au contraire, les cas de syphilis méconnue ou mal soignée sont les plus communs et, dès lors, l'objection se retourne en notre faveur.

Faut-il donc ne pas interner ces malades?

La question est des plus graves et se lie absolument à un des plus sérieux problèmes de l'assistance mo-

derne des aliénés, à la question des hôpitaux pour maladies mentales aiguës (1) dont la solution est réservée à l'avenir, mais se laisse déjà pressentir dans le titre du nouveau projet de loi de M. le docteur Dubief (2).

Dans l'état actuel de la législation ces malades doivent évidemment, si le traitement ne peut être appliqué sérieusement dans leurs familles ou dans les services hospitaliers, être dirigés sur les asiles. Mais il ne doit s'agir ici que d'une mesure protectrice applicable à des malades nécessiteux, incapables de par leur situation de fortune, de se procurer l'isolement nécessaire.

L'isolement n'interviendra ici, dans le traitement des symptômes mentaux, que comme serait intervenue l'administration d'un bain de sublimé dans le traitement d'une syphilide cutanée rebelle à la médication interne.

Et, si le duc de la Rochefoucauld-Liancourt écrivait, en 1879, après une visite qu'il venait de faire à Bicêtre : « La folie est considérée ici comme incurable, les fous ne reçoivent aucun traitement », actuellement des paroles d'une telle désespérance ne sauraient plus être prononcées ; car la psychiatrie d'aujourd'hui considère l'aliéné comme le plus à plaindre des malades (Pierret).

(1) PIERRET. *Revision de la loi de 1833. Congrès de médecine mentale*, Lyon 1891, p. 262.

TATY. *Congrès de médecine mentale*, Nancy, 1896, t. II, p. 153.

MARIE. *Congrès de médecine mentale*, t. II, p. 173.

(2) Proposition de loi relative au régime des aliénés. Titre I^{er} : *Des hôpitaux et établissements destinés au traitement des maladies mentales*, etc. Rapport à la Chambre des députés, 23 décembre 1898.

CONCLUSIONS.

I. — Il existe, lié surtout à l'évolution de la syphilis secondaire, des troubles mentaux revêtant de préférence les formes de mélancolie simple, de mélancolie anxieuse, de mélancolie avec stupeur, de confusion mentale hallucinatoire, de délire aigu fébrile.

II. — Ces troubles se terminent généralement, si le traitement est *intensif, précoce, prolongé*, par la guérison, ou, dans des cas plus rares, par une démence qui apparaît de bonne heure, mais marche lentement.

III. — Ils se distinguent, par l'absence de symptômes moteurs ou sensitifs, d'autres troubles mentaux accompagnés de symptômes de ce genre, qu'on observe de préférence à la période tertiaire de l'infection.

IV. — Ces troubles sont d'origine toxi-infectieuse ; ils sont essentiellement justiciables du traitement spé-

cifique, notamment du traitement mercuriel, et l'isolement n'intervient dans la guérison que comme un moyen adjuvant.

V. — Les cas que nous avons personnellement observés ont été traités par les injections de calomel, qui nous ont donné des résultats très satisfaisants.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE THÈSE,

PIERRET.

Vu :

LE DOYEN,

LORTET.

Vu, et Permis d'imprimer :

LE RECTEUR,

Président du Conseil de l'Université,

G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- BEDEL. — De la syphilis cérébrale. Th. de Strasbourg, 1851.
- BELOUS. — Etude sur les phénomènes morbides liés à l'action exercée par les maladies infectieuses sur les centres nerveux. Th. de Lyon, 1888.
- BERTHIER. — Des névroses diathésiques. Paris, 1875.
- CHAUVET. — Influence de la syphilis sur les maladies du système nerveux central. Th. d'agrég., 1880.
- COLLOTTI. — Siflide e pazzia. Pisani, sept.-déc. 1897.
- CONGRÈS DE WASHINGTON. — Section des maladies mentales. In *American Journal of insanity*, octobre 1887.
- DEVAY. — De la mélancolie chez les syphilitiques. Congrès de Bordeaux, 1895.
- *Echo médical de Lyon*, 15 avril 1899.
- DUNCAN. — Cases of syphilitic insanity and epilepsy. *The Dublin quat. Journal*, 1863.
- DUBIEF. — Proposition de loi relatif aux aliénés. Chambre des députés, 23 déc. 1898.
- DRYSDALE. — *British med. Association*, 1880.
- ERLENMEYER. — Die luetischen Psychosen in diagnostischer, prognostischer und therapeutischer. Beziehung, 1877.
- ESMARCH et JESSEN. — Syphilis und Geistesstorungen. *Allg. Zeit. f. Ps.* Bd. XIV, 1857.
- FOURNIER. — Leçons sur la syphilis, 1873.
- La syphilis du cerveau, 1879.

FOURNIER. — Phénomènes nerveux de la syphilis secondaire.
Journal de médecine et de chirurgie pratiques, janvier 1888.

— Les affections parasyphilitiques, 1894.

GROS et LANCEREAUX. — Des affecttons nerveuses syphilitiques, 1860.

GRIESINGER. — *Arch. der Heilkunde*, 1863.

HAGELSTEIN. — La folie parasyphilitique. Th. de Nancy, 1894.

HAURY. -- Des neuro-cérébrites toxiques. Th. de Lyon, 1894.

HENRY. — Two cases of syphilitic insanity. *The American Journal of syph. and dermat.*, 1875, vol. V.

HILDENBRAND. — De la syphilis dans ses rapports avec l'aliénation mentale. Th. de Strasbourg, 1859.

HURD (Henry). — The relation of general paralysis and syphilitic insanity. *American Journal of insanity*, juillet 1886.

JACKSON. — *The Journal of mental science*, 1875.

JULLIARD. — Lésions médullaires de la syphilis. Th. de Lyon. 1879.

KEYES. — Syphilis of the nervous system. New-York, 1870.

KIERNAN. — Secondary syphilis as a complication of the psychoses. *American Journal of insanity*, avril 1887.

KLIPPEL. — Manuel de médecine Debove et Achard, t. IV, 1894.

KOWALEWSKY. — *Allgemeine Zeitschrift für psychiatrie*, t. L, 1894.

KRAFFT EBING. — Traité de psychiatrie, 1884.

LAGNEAU fils. — Maladies syphilitiques du système nerveux, 1860.

LAMY. — Syphilis des centres nerveux. Encyclopédie scientifique des aides-mémoires.

LOUBAT. — De quelques phénomènes nerveux survenant chez la femme pendant la période secondaire de la syphilis, 1879.

LEIDESDORF. — *Medizinische Jahrbücher*, 1864.

LINSTOW. — *Archiv. für Psychiatrie*, 1873.

- LUYS. — Maladies mentales, 1881.
- MAURIAC. — Affections syphilitiques précoces des centres nerveux. *Annales de dermat. et de syphil.*, 1874-1879, T. X.
- MAIRET. — L'aliénation mentale syphilitique. Montpellier, 1894.
- MARCÉ — De la folie. Paris, 1867.
- MARIE. — Congrès de médecine mentale. Nancy, 1867.
- MICKLE (Julius). — *The Journal of mental science*, 1879-1880.
— — — — — janvier 1888.
- NEWINGTON (Hayes). *The Journal of mental science*, 1873-1874, vol. XIX.
- PARANT. — Syphilis et Folie. *Annal. méd. psych.*, 1888, 7^e série, t. VIII.
- PIERRET. — Leçons à la Faculté de médecine de Lyon, 1897-1898, semestre d'été.
— Congrès de médecine mentale, Lyon, 1891.
- PIERRET et PARET. — Mélancolie avec stupeur post grippale. *Lyon Médical*, 9 octobre 1892.
- PIRROCHI. — *Giornale italiano del mal. nervose*, 1878.
- RICORD. — Clinique iconographique, 1851.
- READ. — *The Dublin quaterly Journal*, 1852.
- RÉGIS. — Manuel de médecine mentale, 1892.
— Psychoses d'auto-intoxication. *Archives de Neurol.*, avril 1899.
- SAVAGE. — Syphilis and its relation to insanity. *American Journal of insanity*, janvier 1898.
- SCHULE. — Traité des Maladies mentales, 1883.
- SCHUTZENBERGER. — De la syphilis comme cause de troubles fonctionnels graves de l'encéphale. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1850, 20 mars.)
- SMITH. — Case of insanity depending of syphilitic infection. (*The British medical journal*, 1870.)
- SOLLIER. — Guide pratique des maladies mentales.
- STEVART (H. GRAINGER). — Syphilitic insanity. (*The British med. Journal*, 1870.)

- SKAE (David). — *The journal of mental science*, 1875.
- TATY. — Congrès de Médecine mentale. Nancy, 1896.
- TEISSIER et ROUX. — Essai de diagnostic différentiel entre la syphilis artérielle, la syphilis méningée et la syphilis gourmeuse de l'encéphale. *Revue de Neurologie*, 1898.
- TOULOUSE. — Causes de la folie, 1896.
- TUKE (Batty). — Remarks on a case of syphilitic insanity. *The Journal of mental science*, 1874, octobre.
- VÉRONÈSE. — *Wiener klinick*, 1883.
- VOISIN. — Leçons cliniques sur les maladies mentales, 1883.
- WIGLESWORTH. — A case of insanity associated with acute syphilis. *The Journal of mental science*, avril 1884.
- WILLE. — Die syphilitische Psychosen. *Allg. Zeitch. f Psych.*, 1882.
- WILLIAMS. — *Journal of mental science*, avril 1869.
- WRIGHT. — *Edimburg of medical Journal*, 1872, vol. XVII.
- YVAREN. — Des métamorphoses de la syphilis, 1854.
- ZAMBACO. — Des affections nerveuses syphilitiques, 1862.
-

TABLE DES MATIÈRES.

	PAGES
INTRODUCTION.	5
CHAPITRE PREMIER. — Historique	8
CHAPITRE II. — Observations	22
CHAPITRE III. — Symptômes	60
CHAPITRE IV. — Evolution. — Pronostic. — Marche. .	66
CHAPITRE V. — Diagnostic	69
CHAPITRE VI. — Etiologie	76
CHAPITRE VII. — Pathogénie	84
CHAPITRE VIII. — Traitement	89
CONCLUSIONS	97
BIBLIOGRAPHIE.	99

